TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] A. LE DENTU

PROFESSEUR HONORAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DE L'HÔTEL-DIEU

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

1912

TITRES

1863-1866. — Interne des hôpitaux.
1870-1871. — Chef de la 3e ambulance de campagne de la Société de secours aux blessés.
1872. — Chirurgien du Bureau central des hôpitaux.
1876-1908. — Chirurgien titulaire des hôpitaux : Salpêtrière, Saint-Antoine, Saint-Louis, Beaujon, Necker, Hôtel-Dieu.

1864. — Aide d'anatomie à la Faculté.
1867. — Prosecteur à la Faculté.
1867. — Docteur en médecine.
1869. — Agrégé de la Faculté (section de chirurgie).
1890. — Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté.
1901. — Professeur de maladies chirurgicales des pays chauds à l'Institut de médecine coloniale, rattaché à la Faculté de médecine.
1905. — Directeur de l'Institut de médecine coloniale.

1864. — Membre adjoint, puis plus tard membre titulaire, membre honoraire et vice-président de la Société anatomique.
1873. — Membre titulaire de la Société de chirurgie.
1878. — Vice-président de la Société clinique.
1881. — Secrétaire de la Société de chirurgie.
1889. — Membre de l'Académie de médecine.
1889. — Président de la Société de chirurgie.
1904. — Vice-président de la Société de médecine et d'hygiène tropicales.
1908. — Président de cette même Société.
1908. — Membre titulaire honoraire de la Société de pathologie exotique.
1910. — Vice-président de cette même Société.

1895. — Président de la Section de gynécologie du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux.
1898. — Président du Congrès français de chirurgie.
1902. — Vice-président du Congrès de l'Association française d'urologie.
1905. — Vice-président de la Section de chirurgie du Congrès international de la tuberculose.
1908. — Vice-président du Comité permanent d'administration de l'Association française de chirurgie.

1864-1865-1866. — Lauréat aux concours de fin d'année des internes des hôpitaux.
1868. — Lauréat de la Faculté, médaille de bronze (Thèse de doctorat : *Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe*).
1868. — Lauréat de la Société de biologie.
1892. — Lauréat de l'Académie des sciences (prix Godard) pour un ouvrage intitulé : *Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.*
1902. — Lauréat de l'Académie des sciences (prix Barbier) pour une étude clinique et statistique sur *le Cancer du sein.*

ENSEIGNEMENT

Conférences d'anatomie à l'École pratique de la Faculté en qualité d'aide d'anatomie et de prosecteur (1865-1870).

Cours libre d'anatomie chirurgicale à l'École pratique (1868).

Cours officiel de médecine opératoire à l'École pratique en qualité de prosecteur (1868).

Cours libre de pathologie chirurgicale à l'École pratique en commun avec mon collègue M. Lannelongue (1868-1869).

Conférences du soir à la Faculté, en qualité d'agrégé, sur *les Accidents des hernies* (1872).

Conférences du soir à la Faculté sur *la Cataracte* (1873).

Cours de vacances de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, comme suppléant de M. le Pr Richet, pendant trois années consécutives (1874-1875-1876).

Cours de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, comme suppléant désigné de M. le Pr Richet, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1876-1877.

Conférences de Clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis (1882).

Cours de Clinique chirurgicale à l'hôpital Necker pendant quatorze années (1890-1904).

Cours de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu pendant cinq années (1904-1908).

Leçons sur les maladies chirurgicales des pays chauds à l'Institut de médecine coloniale (1901-1906).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

INTRODUCTION

L'exposé qui suit comprend deux parties principales. La première est consacrée aux *Travaux originaux.* Elle se subdivise en trois sections, dans lesquelles les matières se groupent de cette façon :

A. Monographies et œuvres d'ensemble ;

B. Travaux présentant des idées personnelles et des faits nouveaux ;

C. Travaux présentant des aperçus nouveaux.

La seconde partie est une *Nomenclature générale.* Elle comporte un certain nombre de catégories correspondant à la nature des sujets. On y trouvera des renvois aux analyses insérées dans la première partie, de courts commentaires sur les points non encore signalés ou de simples mentions bibliographiques.

Vient ensuite une liste des rapports lus devant les sociétés savantes et d'un certain nombre de thèses pour lesquelles j'ai fourni des documents et des indications générales à mes élèves.

Les obligations qui s'imposent au chirurgien sont devenues, de nos jours, de plus en plus complexes. Le caractère double de sa personnalité, en même temps scientifique et technique, contribue notablement à cette complexité.

Il faut qu'il ait toujours présentes à l'esprit les lois fondamentales de la physiologie et de la pathologie générale. Il ne peut s'écarter, sous peine de graves erreurs, des grandes idées directrices de la médecine proprement dite, et il y a toute nécessité à ce qu'il garde avec cette dernière un étroit contact. Il ne peut se passer du concours que les sciences

biologiques lui prêtent de plus en plus largement depuis quelques années. Il faut qu'il cherche sans relâche dans l'anatomie pathologique, l'histologie, la bactériologie, l'expérimentation, les éléments d'un progrès véritablement scientifique, sans cependant négliger l'observation clinique, cette source féconde dans le passé, tout aussi féconde dans le présent, où la médecine a puisé tous les matériaux de sa formation, où elle peut encore trouver de fréquentes occasions de se développer et de s'élargir, avec d'autant plus de rapidité et de sûreté qu'elle peut compter sur l'appui de sciences plus exactes.

Il faut que la main du chirurgien, guidée par l'anatomie, exercée pendant plusieurs années avant l'entrée dans la carrière, s'adapte aux procédés d'invention récente, représentant des perfectionnements ou des innovations véritables, et qu'elle s'efforce de fournir sa contribution à la marche en avant de la médecine opératoire. Et, comme le chirurgien digne de ce nom doit être en même temps l'homme du travail intellectuel et l'homme de l'action, il faut qu'il maintienne un équilibre constant entre les deux moitiés de son individualité.

Il faut enfin que, au milieu du tourbillon des nouveautés, qui ne méritent certes pas toutes d'être accueillies favorablement, il conserve intacts son sens critique et son sang-froid, afin de mieux se raidir contre les entraînements d'une émulation mal comprise ; que, dans ses déterminations, dans ses conseils, il ne perde jamais de vue l'intérêt de ceux qui lui accordent leur confiance, et que ses propres appels à son savoir, à son bon sens, à sa conscience, règnent en lui à l'état d'habitude souveraine.

L'auteur de cet exposé de titres s'est efforcé de se conformer à ce vaste et beau programme ; mais qui pourrait se flatter d'avoir réussi à le réaliser pleinement ?

Certaines questions générales ont été de sa part l'objet d'une attention spéciale. Ce fut d'abord la *tuberculose* dans les grandes lignes de sa genèse et de son évolution, et surtout dans ses localisations osseuses et articulaires. Ce fut ensuite le *cancer* dans ses diverses formes, épithéliomes ou sarcomes, et dans certaines de ses origines. Par exemple j'ai pu démontrer, d'une façon plus explicite que mes prédécesseurs dans la même voie, la fréquence de la *dégénérescence maligne des plaques blanches des fumeurs*, en étudiant plus complètement le processus de cette trans-

formation. Je me suis aussi attaché à mettre en évidence l'inanité, sauf réserve pour l'avenir, de toutes les méthodes de sérothérapie appliquées jusqu'à ce jour au traitement des tumeurs de mauvaise nature.

Le *cancer du sein* m'a paru digne d'une étude aussi approfondie que possible. Par une statistique basée sur les cas de ma pratique privée suivis depuis l'opération jusqu'à la mort, ou, pour les opérées encore vivantes, jusqu'au jour de mon enquête, il m'a été possible d'établir rigoureusement la durée des survies. Si les résultats sont encore très loin de donner toute satisfaction, il y a lieu de fonder beaucoup d'espoir pour l'avenir dans des interventions largement exécutées et surtout aussi précoces que possible. Malgré l'action palliative incontestable de la radiothérapie, de la radiumthérapie et de la fulguration, l'intervention sanglante dans les conditions sus-énoncées est encore la méthode offrant le plus de chances favorables.

Après avoir fait, pendant la guerre de 1870-1871, dans mon ambulance, quelques essais d'emploi de l'*acide phénique*, et appliqué pendant quelques années le pansement occlusif ouaté d'Alphonse Guérin, j'ai adopté la méthode de Lister ; puis j'ai évolué, ainsi que la plupart des chirurgiens, vers d'autres substances antiseptiques que l'acide phénique, entre autres le *formol*, dont les effets sur les tissus et sur l'organisme entier ont été étudiés dans mon laboratoire, et finalement vers l'*asepsie*, ou *stérilisation des instruments et des objets de pansement par la chaleur*, mais avec cette réserve que l'asepsie ne saurait se passer absolument de l'aide de l'antisepsie.

A Paris, l'anesthésie générale par le chloroforme régnait en maîtresse. Et pourtant l'*éther* anesthésie tout aussi bien, cause moins souvent des vomissements, porte moins atteinte aux éléments nobles des tissus et des viscères, du cœur, du foie, des reins, occasionne beaucoup moins fréquemment des accidents mortels, et peut être bien supporté même par des sujets dont le cœur est malade. Mes efforts pour le réhabiliter n'ont pas été perdus, mais certaines préventions persistent contre cet anesthésique, à qui l'on reproche de provoquer de graves *broncho-pneumonies*. Je crois avoir démontré que ces complications doivent être attribuées, pour le plus grand nombre des cas, à des refroidissements

et à des infections préexistantes, sans compter que l'emploi du chloroforme semble, en ce qui les concerne, pouvoir être aussi bien incriminé.

Il n'est pas de question plus intéressante, au point de vue physiologique et chirurgical, que celle du *choc nerveux* causé par les accidents et les opérations. A cette question, comme à celle des *délires survenant dans les mêmes conditions*, j'ai appliqué à plusieurs reprises toute mon attention ; et, dans le domaine du système nerveux, j'ai fait en sorte jadis de mettre au point, à l'usage des chirurgiens, toutes les connaissances relatives aux *localisations cérébrales* et à la *trépanation*, éparses jusque-là dans de très nombreuses publications.

Sur des terrains plus limités, je me suis occupé avec une prédilection marquée de plusieurs questions. L'*hypertrophie diffuse des os du crâne et de la face*, avec les monstrueuses déformations qu'elle occasionne, les *difformités congénitales de la face*, qu'on réussit à réparer dans des conditions vraiment satisfaisantes, m'ont fourni la substance de plusieurs mémoires et d'une monographie où l'état de la science a été présenté aussi exactement qu'il a été possible de le faire.

Les maladies de l'*appareil urinaire* ont été de ma part, à une époque déjà éloignée, l'objet d'une étude particulière. Indépendamment d'un volume, presque entièrement de ma main, sur les *maladies de la prostate et de la vessie*, faisant suite à un volume de mon maître Voillemier sur les maladies de l'urètre, j'ai publié en 1889 un *Traité des affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.* Cet ouvrage didactique n'avait été précédé que par un manuel dont l'auteur était Henry Morris, chirurgien anglais. Déjà, depuis 1880, la chirurgie rénale, déjà un peu pratiquée en Allemagne, mais qui n'avait pas encore fait son apparition en France, m'avait attiré. Une première extirpation de rein suivie de succès, des extractions de pierres logées dans cet organe non encore infecté, m'avaient fourni l'occasion d'inaugurer dans notre pays cette chirurgie encore peu répandue ailleurs. C'est seulement quelque temps après mes premières interventions qu'elle prit à Paris le grand développement auquel l'École de Necker a puissamment contribué.

Des circonstances particulières m'ont permis de mettre en lumière certains points de la *chirurgie des pays chauds*, dont l'étude avait été

négligée, et de signaler pour la première fois l'*éléphantiasis primitif du testicule,* isolé et absolument indépendant de celui des bourses, connu de toute antiquité, et certaines tumeurs de l'aine formées par des *grappes de vaisseaux lymphatiques* et ressemblant à s'y méprendre à des hernies. Ces tumeurs reconnaissent pour cause, ainsi que beaucoup d'autres lésions du système lympbatique, l'action irritante du parasite désigné sous le nom de *Filaria sanguinis.* On appelle *filariose* l'ensemble des accidents qui lui sont imputables.

Ce serait sortir des limites d'une introduction que de m'étendre davantage. L'exposé suivant montrera quelle a pu être mon action sur le terrain des *maladies de la femme,* à la pratique desquelles je me suis largement adonné.

Je terminerai en mentionnant certaines innovations opératoires dont la description figurera plus loin, à savoir des procédés ou des instruments nouveaux pour la *constriction cicatricielle des mâchoires,* pour l'*œsophagotomie interne,* pour la *cure radicale des hernies inguinales* et des *grandes éventrations,* la création de l'*anus artificiel iliaque,* l'*occlusion des fistules recto-vaginales,* le traitement du *varicocèle,* l'*urétrotomie externe,* la *taille vésico-vaginale.* D'autres, de plus mince importance, ont aussi leur place dans la section des travaux originaux d'où surgit une idée personnelle ou un fait nouveau.

I. — TRAVAUX ORIGINAUX.

A. — MONOGRAPHIES. — ŒUVRES D'ENSEMBLE.

1. — Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

(*Thèse de doctorat*, 1867.)

Les recherches de Sappey et de Houzé de l'Aulnoit sur les valvules des veines en général, celles de Verneuil sur le développement des varices et sur certains points de l'anatomie normale des veines de la jambe, avaient ouvert une voie où il y avait des notions nouvelles à recueillir. Ayant soumis le système veineux du membre inférieur à des recherches prolongées, l'auteur est arrivé à des conclusions que les travaux les plus récents ont confirmées. Certaines d'entre elles méritent peut-être d'être rappelées avec quelques développements.

Je passe ce qui concerne les modes d'abouchement de la veine saphène externe avec la veine poplitée.

Le groupe des *veines profondes* du membre inférieur doit être subdivisé en deux groupes secondaires : les *veines intermusculaires* et les *veines intramusculaires*. C'est surtout dans l'étude de ces dernières que l'occasion s'est offerte de décrire des dispositions anatomiques non mentionnées jusque-là. Il a été permis ainsi d'établir deux types tout à fait distincts de circulation veineuse intramusculaire : la circulation *par grands canaux* et la circulation *en arcades*.

Premier type. — Appartient spécialement aux muscles jumeaux. Par exemple, le jumeau interne reçoit ordinairement deux artères qui le parcourent dans le sens de sa longueur. Sur une certaine étendue à partir de son origine, le vaisseau à sang rouge est escorté par deux vaisseaux

à sang noir ; mais voici un point où *l'une des deux veines s'écarte de sa congénère*, se dirige vers la surface du muscle, la perfore et va s'aboucher avec une veine superficielle, tandis que l'autre veine, restée seule acolyte de l'artère, la suit dans sa distribution et se subdivise en veinules de nombre égal à celui des artérioles.

La première des deux veines satellites *est donc une branche anastomotique qui fait communiquer le réseau superficiel avec le réseau profond intramusculaire*, et l'autre représente essentiellement la *veine d'origine musculaire*, dont le courant centripète ramène dans la veine poplitée le sang versé dans le muscle par l'artère jumelle.

Ainsi cette seconde veine musculaire est la *seule satellite* de l'artère correspondante et de ses ramifications, et cela, quelquefois sur une longueur de plusieurs centimètres, disposition comparable à celle des veines de la face, du cerveau, du mésentère. Quelques recherches sur les muscles de l'épaule et du bras ont révélé dans leur système veineux une particularité identique, susceptible peut-être de généralisation pour tout l'appareil musculaire.

Deuxième type. — La circulation par *arcades anastomotiques* se présente sous un tout autre aspect. Prenons pour exemple le muscle soléaire. Il reçoit de l'artère tibiale postérieure plusieurs petites branches. Chaque branche artérielle perforante est accompagnée de deux veines pourvues chacune d'une paire de valvules, et qui, en amont de ces valvules, communiquent entre elles par une anastomose transversale. A partir de ce point, elles s'écartent l'une de l'autre, se dirigent *l'une vers le haut, l'autre vers le bas du muscle*, et chacune va à la rencontre d'une branche veineuse unique provenant de la division de la paire veineuse supérieure et inférieure. De là résulte une *petite série d'arcades en communication par leurs deux extrémités avec une veine perforante.*

Mêmes dispositions, mais moins accentuées, dans le jambier antérieur et dans le long péronier latéral.

Il est à noter que, dans un même muscle, les deux types de circulation, par grands canaux et par arcades anastomotiques, peuvent être associés. Cela se voit surtout dans le soléaire.

En outre des anastomoses *par communication longitudinale* de Sappey et des *canaux de sûreté* de Verneuil, dont les recherches sus-énoncées ont confirmé l'existence, l'auteur a décrit sous le nom de *canaux de dérivation* des veines dont la situation et les rapports sont régis par la loi suivante :

Toutes les fois que la circulation dans une branche veineuse ou dans le système vasculaire d'un muscle est exposée à des arrêts fréquents par suite de la présence d'un obstacle à son extrémité supérieure, cette branche ou ce système de veines est muni d'un canal de dérivation qui enjambe l'obstacle.

La réalisation de cette loi se constate au niveau des ligaments interne et antérieur du tarse, du muscle soléaire, des jumeaux, de la partie sous-aponévrotique de la saphène externe, et dans plusieurs autres points.

Aux recherches d'ordre purement anatomique font suite, dans ce travail, des *considérations physiologiques* dont quelques-unes méritent peut-être de retenir un instant l'attention.

Adoptant la théorie de Bérard sur le rôle des valvules, l'auteur refuse à ces dernières le pouvoir de lutter contre la pesanteur et *ne leur reconnaît que celui de s'opposer au reflux du sang.* D'autre part, étant donnée la disposition des anastomoses unissant les veines profondes aux superficielles, *au pied* la circulation par ces anastomoses ne peut s'effectuer que *de la profondeur vers la surface*, tandis qu'à la jambe elle se fait *de la surface vers la profondeur*, de sorte que toute contraction énergique des muscles favorise l'issue du sang veineux qui s'y trouve contenu et s'oppose à la pénétration du sang venant des réseaux superficiels.

Ici le rôle des canaux de dérivation éclate dans toute sa netteté, comme celui de la contraction musculaire *en tant qu'adjuvant puissant de la circulation en retour.*

En revanche, les contractions d'intensité médiocre, celles des muscles pendant la station prolongée, gênent peut-être la circulation intramusculaire plus qu'elles ne la favorisent, parce qu'alors la tension est faible dans ces vaisseaux et triomphe mal de la résistance qu'opposent les fibres musculaires au point d'émergence supérieur des vaisseaux. De là, sans doute, la forme *en fuseau, en sangsue,* qui caractérise le début des varices intramusculaires.

2. — Des anomalies du testicule.

(*Thèse pour l'agrégation en chirurgie*, 1869.)

Il importait de faire rentrer dans le cadre d'une classification méthodique les nombreuses variétés d'anomalies du testicule décrites jusqu'alors. L'examen des différentes théories sur lesquelles est basée la téra-

tologie devait naturellement servir de préambule aux chapitres purement descriptifs ou analytiques dont se compose ce travail. Celle qui m'a paru la plus conforme aux notions qui se dégagent de l'étude des anomalies du testicule est la théorie de l'*épigenèse*, due aux deux représentants de l'anatomie philosophique, Serres et Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire.

D'après cette théorie, « l'animal offre, aux différentes périodes de son existence embryonnaire ou fœtale, des caractères qui sont ceux de l'état parfait dans les espèces situées plus bas, et au contraire les êtres qui appartiennent à ces dernières, reproduisant d'une manière fixe et arrêtée les conditions propres à l'état embryonnaire des animaux élevés, peuvent être considérés en quelque sorte comme des embryons permanents ».

Quelques objections qu'on puisse élever, avec Cuvier et Milne-Edwards, contre cette théorie, on ne peut qu'être frappé des arguments que lui fournit l'étude des anomalies du testicule. On en jugera par l'extrait suivant du chapitre V de cette thèse, qui a pour titre : *Des anomalies qui correspondent à une disposition normale chez les animaux* (p. 67) :

« Que nous apprend l'anatomie comparée ? D'abord qu'il y a un certain nombre d'animaux qui ont, comme l'homme, les testicules dans une poche spéciale située à l'extérieur : tels sont les quadrumanes, la plupart des carnivores ; les didelphes, les kanguroos et le phascolome ; les gerboises, la plupart des ruminants et des solipèdes. Ceci correspond à l'état normal.

« Mais les poissons ont généralement deux testicules situés *dans l'abdomen* et munis d'un canal excréteur. Chez l'*Amphioxus*, celui-ci fait défaut ; la semence, comme aussi les œufs, tombe dans la poche viscérale et est entraînée au dehors par le courant expiratoire venant des branchies, fait important et qui correspond aux cas connus d'absence du canal déférent et de l'épididyme (chez l'homme, le testicule s'étant développé séparément.

« Jamais, d'après Milne-Edwards, les testicules, même dans les espèces les plus dégénérées, ne se confondent entièrement ; ils se mettent quelquefois en contact et semblent se fusionner; mais la coalescence n'est qu'apparente et la séparation des deux glandes reste possible; en revanche, les ovaires sont quelquefois intimement unis. Il n'en est pas de même chez les batraciens, sauf le triton et la salamandre. Les deux testicules ne peuvent plus être séparés par la dissection; ils forment une masse unique.

« Les oiseaux font également partie de la section des animaux *testiconde*s, c'est-à-dire ayant les testicules dans l'abdomen. Ils ont cela de commun avec certains mammifères, entre autres les monotrêmes, les cétacés vrais et herbivores, les amphibies, les édentés et quelques pachydermes (éléphant, rhinocéros).

« Les espèces chez lesquelles les testicules, situés ordinairement dans l'abdomen, descendent à l'époque du rut dans l'aine ou sous la peau du périnée (taupes, chauves-souris, rats, agoutis et plusieurs autres), servent comme de transition entre les premiers et ceux qui ont normalement les glandes séminales dans l'aine (certains rongeurs, quelques ruminants, pachydermes et carnassiers). Les civettes et le cochon les ont sous la peau du périnée, au-dessous de l'anus. »

Cette citation n'est-elle pas toute à l'avantage de la théorie énoncée plus haut ? Il était, je crois, légitime de la prendre pour base de la classification suivante ; elle éclaire d'un jour très vif la synorchidie, ou fusion des testicules, et les diverses variétés d'ectopies.

Les anomalies du testicule se divisent en deux groupes. Elles peuvent être :

1° Envisagées indépendamment des rapports et de la position de l'organe............	Anomalies de volume.	Par excès................		Hypertrophie.
		Par défaut................		Atrophie.
	Anomalies de nombre.	Par excès................		Polyorchidie.
		Par défaut.	Apparentes ou par fusion..	Synorchidie.
			Réelles ou par absence.....	Anorchidie.
2° Envisagées au point de vue de la position et des rapports de l'organe.................	Non descendu dans le scrotum.	Ectopie.		Dans un point du parcours normal.
				Dans un point situé en dehors du parcours normal.
	Descendu dans le scrotum..			Inversion.

Il n'y a pas lieu d'entrer dans le détail des chapitres.

Celui qui concerne les différentes variétés de positions anormales offre seul de l'intérêt au point de vue chirurgical.

Dans la *deuxième partie*, sont groupés tous les matériaux relatifs aux *complications* des anomalies testiculaires. Il y est question successivement de l'hermaphrodisme, des douleurs paroxystiques, des inflammations, de la dégénérescence cancéreuse, des hydrocèles congénitales et enkystées, enfin des hernies.

Les progrès de la chirurgie moderne ont permis de s'attaquer par des opérations à certaines de ces infirmités et de leurs complications, devant lesquelles on se sentait désarmé à l'époque où ce travail a vu le jour. On s'abstenait alors de toute intervention sanglante à l'égard des ectopies, des douleurs sourdes ou paroxystiques, des hernies concomitantes si fréquentes. Depuis une trentaine d'années, de grands progrès ont été réalisés de ce côté ; mais certaines réserves s'imposent relativement à l'efficacité des opérations appliquées aux ectopies même les plus accessibles, telles que l'ectopie inguinale.

3. — Série d'articles pour le « Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ».

(Publié par J.-B. Baillière et fils sous la direction du Pr Jaccoud.)

Ces articles représentent dans leur ensemble un tout de 600 pages grand in-8. Il en est, tels ceux qui ont pour objet les *hernies en général*, la *pathologie du système lymphatique*, la *pathologie et la séméiologie de la main*, le *phlegmon circonscrit et diffus*, dans lesquels l'auteur a eu l'occasion de développer quelques idées personnelles. L'article *Hernies en général* mérite peut-être, par son étendue et par l'importance donnée à l'examen critique des doctrines en faveur antérieurement, de prendre place dans cette première catégorie de publications.

4. — Des hernies en général.

(*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVII, p. 513-629.)

Les travaux de Malgaigne sur les hernies, les vives discussions auxquelles ils avaient donné lieu, la thèse d'agrégation de P. Broca, les leçons cliniques de Gosselin avaient rajeuni ce sujet tant de fois abordé et resté obscur dans quelques-unes de ses parties. Il y avait intérêt à constituer avec ces documents modernes une étude d'ensemble résumant l'état de la science, après les débats contradictoires soulevés par les publications énumérées à l'instant.

L'article dont je fus chargé m'offrait l'occasion de mettre la question au point, en utilisant les nombreux éléments d'appréciation, de jugement, de sélection que tous ces travaux récents mettaient à ma disposition ; mais il fallait en même temps faire œuvre de critique, montrer le faible

et le fort des théories, écarter celles dont l'observation clinique avait démontré le peu de fondement, et surtout poser des conclusions où l'on pût voir non pas une cote mal taillée, mais une base plus solide pour un traitement plus rationnel et plus efficace des complications souvent très graves, interprétées jusque-là de façons très différentes. Nous sommes aujourd'hui un peu trop loin de cette époque d'incertitude pour qu'il soit permis d'entrer dans le détail de cette vaste question telle qu'elle se présentait il y a trente-cinq ans. Certains points ont passablement perdu de leur intérêt, surtout en ce qui concerne les hernies non compliquées.

A propos du traitement de ces dernières, quelques pages ont été consacrées à l'historique des *méthodes anciennes de cure radicale* complètement délaissées avant l'ère antiseptique. Il ne pouvait être question des procédés absolument modernes, dont les premiers, nés de 1875 à 1880, ont eu une longue suite non encore épuisée.

La deuxième partie de l'article est consacrée aux *accidents des hernies*, question encore brûlante alors, où il importait de porter plus de précision. Il s'agissait de tenir la balance entre l'engouement, l'inflammation et l'étranglement, ces brandons de discorde qu'avaient agités avec passion toute une série de chirurgiens éminents, polémistes opiniâtres ordinairement irréductibles.

Malgré la grande autorité des maîtres qui s'étaient faits les champions ardents de certaines théories, je rejetai ce qu'elles avaient de trop absolu, et je résumai mes idées personnelles dans les propositions suivantes :

1° L'inflammation des hernies est un fait incontestable, aussi bien pour les entérocèles que pour les épiplocèles ;

2° Elle peut succéder à l'engouement, à la présence d'un corps étranger, aux traumatismes, à la marche prolongée, aux efforts répétés ;

3° Elle peut parcourir toutes ses phases sans amener l'étranglement (grosses hernies).

Ces cas correspondent au *peudo-étranglement* de Malgaigne ;

4° Quand la hernie enflammée est petite ou moyenne, parfois même, exceptionnellement, malgré son volume notable, le gonflement amène l'*étranglement par le collet ou par les anneaux fibreux* ; c'est l'étranglement *consécutif* correspondant, avec les pseudo-étranglements, à l'étranglement par engouement de Goursaud ;

5° Enfin il y a une *nombreuse classe d'étranglements que l'inflammation est impuissante à expliquer* : ce sont les *étranglements primitifs aigus*,

correspondant aux étranglements *avec inflammation* de Goursaud.

Pour ce qui est de la cause mécanique qui empêche l'anse intestinale, une fois poussée au dehors par un effort, de rentrer dans l'abdomen, j'ai cru pouvoir trouver dans les théories d'O'Beirn (arrivée brusque des gaz) et de Roser (plissement valvulaire de l'intestin) une explication satisfaisante. C'est peut-être aller chercher bien loin que d'imaginer d'autres théories plus compliquées.

Les règles du traitement sont ainsi résumées : *peu de taxis, opérer hâtivement.* Aujourd'hui je dirais : un faible, très faible taxis, très court, sous le chloroforme, peut réduire une anse très peu étranglée.

Opérer encore plus hâtivement, le plus tôt possible après le début des accidents. C'est à l'heure actuelle la pratique générale.

5. — Localisations cérébrales et trépanation.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, 1877, t. III, p. 743-783.)

L'importance considérable qu'avait ce sujet au moment où j'en abordai l'étude m'autorise à donner ici une place à ce travail dans la catégorie des travaux d'ensemble. C'était, en effet, une synthèse de toutes les connaissances récentes éparses dans des publications multiples, et qui ont été groupées, analysées, commentées en vue de leur utilisation par les chirurgiens. Aucun travail de ce genre, écrit dans cette pensée spéciale, n'avait en effet vu le jour auparavant. Ce furent une communication de Terrillon à la Société de chirurgie et un rapport dont j'avais été chargé sur cette communication qui m'offrirent l'occasion de me livrer à cette étude.

Ce travail comprend trois parties principales :

1° L'exposé et la critique des travaux physiologiques ou cliniques relatifs aux localisations ;

2° La discussion des indications et contre-indications de la trépanation ;

3° Les règles de la trépanation guidée par la connaissance de certains centres et par la topographie cranio-cérébrale.

De la partie physiologique il ressort que la non-excitabilité des lobes cérébraux, affirmée par Lorry, Flourens, Hertwig, Longet, en dépit des assertions contraires de Haller et de Zinn, et des observations cliniques de Bouillaud et de Serres, ne pouvait plus être soutenue, en présence des

recherches de P. Broca sur le centre du langage articulé et des expériences variées de Fritsch, de Hitzig, de Ferrier. Cependant cette doctrine trouvait des contradicteurs dans d'éminents physiologistes tels que Schiff et Brown-Sequard. En clinique, les opinions contraires de Samt et de Huguenin n'effaçaient pas les affirmations très convaincues de Bouillaud, Broca, Griesinger, Bernhardt, Hughlings Jackson, Charcot, Landouzy, Pitres, Bourdon.

Il ne m'est pas permis de beaucoup insister sur le long exposé de toutes les assertions émises, à la suite duquel, me ralliant d'une manière générale à la doctrine des localisations, je me crus autorisé à poser les conclusions que voici :

« Les centres les mieux connus sont groupés de chaque côté de la scissure de Rolando et se succèdent de bas en haut dans l'ordre suivant :

« *Centre moteur des lèvres et de la langue ; centre du langage articulé ;*

« *Centre moteur de la moitié inférieure de la face ; centre moteur du bras ; centre commun au bras et à la jambe.*

« Ces centres seraient compris, d'après Charcot et Pitres, dans une zone formée par le lobule paracentral, la circonvolution frontale ascendante, la circonvolution pariétale ascendante et peut-être aussi par le pied des circonvolutions frontales. »

Suit la détermination approximative de ces centres, conformément aux conclusions des mêmes auteurs.

Une particularité sur laquelle il y avait lieu d'insister beaucoup, comme constituant *une cause d'erreur en clinique*, c'est qu'*un centre moteur peut être englobé dans une lésion beaucoup plus étendue que ce centre lui-même*, tout en restant placé à la périphérie de cette lésion. Par exemple, tout un lobe frontal peut être envahi par un abcès, et c'est seulement lorsque la suppuration ou l'encéphalite non suppurée atteint la circonvolution frontale ascendante qu'elle se révèle par des troubles de la motilité. D'où une erreur possible et même probable dans l'interprétation des symptômes et dans la détermination anatomique de leur point de départ. Qu'importe, d'ailleurs, si la lésion du centre influencé sert de guide pour arriver jusqu'au cœur des parties affectées ?

Avant de faire à la trépanation l'application des données physiologiques précédentes, il fallait légitimer cette opération, *qui avait encore à cette époque des adversaires déclarés* et indiquer dans quelles circonstances elle devait être pratiquée.

D'une façon générale, elle pouvait être utile :

1° En permettant d'extraire des corps étrangers ou des esquilles enclavées dans la dure-mère et le cerveau ;

2° En facilitant l'évacuation des collections sanguines situées entre la dure-mère et le crâne, collections dont l'influence peut être funeste soit par leur infection, soit par la compression du cerveau ;

3° En ouvrant une issue aux collections purulentes situées entre la dure-mère et le crâne ou dans les couches superficielles du cerveau ;

4° En dehors de l'enfoncement du crâne, le trépan préventif doit être rejeté.

L'opération du trépan pouvait être réglée sur la connaissance des centres, mais il était important de rappeler les réserves formulées chemin faisant dans la partie physiologique.

Ni l'hémiplégie, ni la monoplégie brachiale *isolée*, ni la paralysie faciale *isolée* n'indiquent pour la lésion un siège absolument constant; il en est de même des convulsions de la face ou d'un bras.

C'est alors que l'application de *plusieurs couronnes de trépan* en regard du siège *présumé* de la lésion pourrait conduire au but.

En revanche, l'indication de l'intervention étant bien nette, s'il y avait chez un sujet coïncidence de l'aphasie, de la paralysie faciale et de la monoplégie brachiale, on ne saurait hésiter alors à ouvrir le crâne en regard du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, et l'on atteindrait juste le milieu de la région affectée.

Sauf les réserves dont l'événement a démontré la justesse, il semble incontestable que la doctrine des localisations a rendu de réels services à la chirurgie. Le mouvement actuel de réaction qui s'est dessiné contre elle est né de ce qu'on a voulu trop exiger d'elle. Elle ne donne pas la certitude absolue, mais elle fournit des approximations dignes de confiance, dont les esprit *capables d'admettre l'utilité du relatif* ont su et sauront encore tirer bon parti.

6. — Maladies de la prostate et de la vessie.

(Par Voillemier et Le Dentu, 1 vol. grand in-8 de 800 pages, 1881 ; G. Masson, édit.)

Voillemier était mort sans avoir achevé un traité des maladies des voies urinaires dont le *premier volume*, consacré tout entier aux *maladies*

de l'urètre, avait paru en 1868. Restait à décrire celles de la prostate et de la vessie. J'acceptai la tâche de terminer l'ouvrage en utilisant les matériaux peu nombreux laissés par mon maître. Remaniés et refondus, ils ne représentent guère qu'un cinquième de ce second volume.

Les maladies de la prostate sont réparties en neuf chapitres, parmi lesquels ceux qui sont consacrés à la *prostatite chronique* (fig. 1), aux *kystes,*

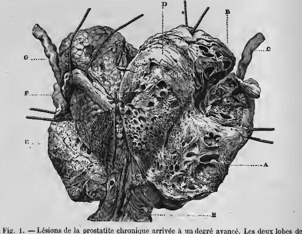


Fig. 1. — Lésions de la prostatite chronique arrivée à un degré avancé. Les deux lobes de la prostate ont été fendus du côté de leur face postérieure et rabattus vers la ligne médiane. (*Collection de M. Le Dentu.*)

aux *calculs,* aux *ulcérations, cavernes* et *fistules,* se signalent par leur nouveauté absolue ou relative. Il est à noter que l'*hypertrophie de la prostate* est désignée dans cet ouvrage sous le nom de *tumeurs bénignes de la prostate* (fig. 2). Bénignes, certes elles le sont, ces « tumeurs multiples coïncidant avec l'hyperplasie du stroma », que Voillemier compare aux corps fibreux de l'utérus, comparaison que justifient leur structure, leur multiplicité et leur énucléabilité. Celle-ci devait plus tard rendre possible la *prostatectomie,* laquelle est essentiellement une énucléation comparable à celle des fibromes utérins dans la myomectomie.

Après m'être rallié sans hésiter à cette manière de voir, je puis consta-

ter avec satisfaction que cette interprétation de l'hypertrophie prostatique est celle qui tend à prédominer à l'heure actuelle.

Un appendice résume brièvement les lésions alors connues des *vésicules séminales* et des *conduits éjaculateurs.*

Plus nombreuses, plus variées que les affections de la prostate, celles de la vessie occupent dans ce volume une place plus importante. Elles y sont divisées en plusieurs groupes très distincts : 1° les *lésions traumatiques ;* 2° les *inflammations aiguës et chroniques* ; 3° les lésions qui se rattachent aux *difficultés de la miction* (atrophie, hypertrophie, cellules et poches vésicales) ; 4° les *processus destructifs* (gangrène, ulcérations, abcès urineux, infiltrations d'urine et ruptures spontanées) ; 5° les *troubles de la contractilité* (atonie, paralysie, spasmes, valvules du col; 6° les *productions organiques bénignes* et *malignes* (varices, polypes, fungus, tubercules, cancer) ; 7° les *corps étrangers* et particulièrement les *calculs*; 8° les *vices de conformation.*

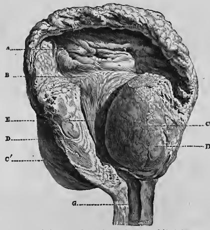


Fig. 2. — Prostate dont le lobe gauche était très hypertrophié et dont toute la partie postérieure était occupée par un vaste kyste.

A, Vessie ; B, barre transversale du col ; CC, lobes latéraux ; DD', leurs surfaces de section en avant de l'urètre ; E, déviation de l'urètre ; G, portion membraneuse du canal. (*Collection de M. Le Dentu.*)

Il ne m'est pas permis d'entrer dans le détail même des plus importants de ces chapitres très techniques ; mais les passages relatifs aux premiers essais d'*aspiration des fragments de calculs*, par Clover, à la *litholapaxie* ou lithotritie rapide de Bigelow et à la *lithotritie périnéale* de Dolbeau, révèlent le souci de l'auteur de signaler à l'attention des procédés nouveaux dignes d'être encouragés et imités.

La partie purement descriptive de l'ouvrage est suivie de quatre chapitres réunis sous la rubrique générale : *Complications et accidents communs aux affections des voies urinaires.* Ce sont : 1° l'*hématurie*; 2° les *infections rénales*; 3° les *paraplégies urinaires* ; 4° les *accidents fébriles*, la *septicémie urinaire*, l'*urémie*.

Une grande obscurité pesait encore sur ces points ; la bactériologie commençait à peine à y porter quelque lumière, et les belles études poursuivies ultérieurement en France sur la toxicité urinaire n'avaient pas encore vu le jour.

7. — Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.

(Un vol. grand in-8 de 800 pages, Paris, 1889; G. Masson, édit.)
(Ouvrage couronné par l'Académie des sciences.)

La chirurgie rénale avait commencé à se répandre en Allemagne sous l'impulsion de Simon (de Heidelberg). Elle n'avait pas encore fait son apparition en France, quand plusieurs occasions s'offrirent à moi d'exécuter des opérations ayant pour but soit la recherche et l'extraction des calculs développés dans le bassinet ou dans la substance propre de l'organe (néphrolithotomie), soit l'incision et l'extirpation du rein lui-même (néphrotomie et néphrectomie) transformé en poche urineuse (hydronéphrose), en poche suppurée (pyonéphrose) ou atteint de dégénérescences diverses.

Qu'il me soit permis d'énumérer ici ces premières interventions par ordre chronologique.

1880. — Incision superficielle d'un rein qui paraissait contenir un calcul, et où il n'y avait que des graviers (*débridement capsulaire*).

Expulsion des graviers. Guérison des douleurs.

1881. — Extirpation (*néphrectomie*) du rein gauche converti en poche

suppurée (hydronéphrose infectée). Guérison maintenue jusqu'à ce jour.

1881. — Incision d'une volumineuse collection purulente lombaire. *Extraction par fragmentation* d'un calcul de 32 grammes inclus dans le tissu du rein. Guérison avec persistance d'une fistule.

1882. — Extirpation sur ce malade de la moitié postérieure de ce rein trop adhérent pour être enlevé en entier (*héminéphrectomie postérieure*). Persistance de la fistule.

1885. — Extirpation d'un rein non suppuré contenant un calcul. Guérison.

1885. — Extirpation d'un rein atteint de tuberculose. Guérison.

1886. — Débridement capsulaire pour douleurs rénales. Guérison.

1886. — Incision d'un rein suppuré contenant plusieurs gros calculs. Extraction de ces calculs. Guérison.

1887. — Incision d'un rein suppuré contenant plusieurs gros calculs. Extraction de ces calculs. Mort.

1888. — Extraction d'un calcul (*néphrolithotomie*) d'un rein *non suppuré* après diagnostic de la présence de ce calcul. Guérison.

1888. — Laparotomie (ouverture du ventre) pour incision et évacuation d'un *kyste hydatique* du rein adhérent à l'intestin. Guérison avec persistance d'une fistule.

1889. — Deuxième cas d'*extraction d'un calcul* contenu dans un rein *non suppuré*. Guérison.

1889. — *Abouchement de l'uretère* aux téguments de l'abdomen pour parer à une rétention absolue de l'urine.

Il me paraît utile d'insister sur les points suivants :

1° Ma première extirpation de rein était la seconde faite en France. La première, exécutée par le Pr Le Fort, trois mois auparavant, et que j'ignorais, avait été malheureusement suivie de mort ;

2° A peine quelques extractions de calculs contenus dans des reins *atteints de suppuration* avaient-elles été faites avant ma première intervention de ce genre (1881) ;

3° Le *débridement capsulaire*, qui, chez un premier opéré, avait mis fin à des douleurs intenses, allait être appliqué systématiquement par moi un peu plus tard au traitement des *néphrites douloureuses* ;

4° L'extraction d'un calcul d'*un rein non suppuré* avait été faite une seule fois en Angleterre par H. Morris, très peu de temps avant ma pre-

mière intervention de ce genre (fig. 3). Pour la première fois, dans mon opération, une *suture régulière* avec des fils résorbables avait été portée sur le rein fendu le long de son bord convexe pour en rapprocher les deux moitiés. Le chirurgien anglais *n'avait pas suturé le rein.* Il s'était contenté de maintenir au contact, par trois fils de soie, les bords de la *plaie de la paroi abdominale.*



Fig. 3. — Calcul en forme d'ergot recourbé extrait du bassinet au cours d'une néphrotomie.

Ces opérations me fournirent la première substance d'un traité à qui je donnai la forme didactique par l'adjonction de tous les documents publiés antérieurement à 1889, et par une série de chapitres descriptifs où se retrouve un tableau fidèle de la chirurgie rénale en France et à l'étranger à cette époque.

Bien que, sur ce terrain spécial, la science ait fait d'énormes progrès depuis cette date, je me félicite de pouvoir dire que beaucoup des conclusions que j'avais tirées des faits et de mes réflexions sont demeurées exactes. Cette chirurgie nouvelle, encore redoutable alors, a singulièrement perdu de sa gravité, et les résultats actuels sont de ceux dont les chirurgiens ont vraiment le droit de s'enorgueillir.

Il n'y a pas lieu de présenter ici une analyse complète de cet ouvrage ; mais je ne puis renoncer à signaler particulièrement les chapitres auxquels l'abondance des matériaux et l'actualité des sujets traités m'ont amené à donner le plus d'ampleur. C'est ainsi que les *lésions traumatiques* (contusions, déchirures, ruptures, plaies proprement dites) ; la *lithiase* (concrétions et calculs du bassinet et du parenchyme rénal) et leurs complications ; les *affections inflammatoires* (pyélites, pyélonéphrites, pyonéphroses ou collections purulentes), la *périnéphrite* (inflammation des tissus qui entourent le rein), l'*hydronéphrose* (collection d'urine dans le bassinet), les *kystes simples ou hydatiques*, la *tuberculose*, les *tumeurs solides* habituellement malignes, les *reins mobiles*, ont été successivement l'objet d'études approfondies.

Enfin, après l'examen des méthodes d'*exploration extérieure des reins*, un long chapitre de médecine opératoire expose les règles à suivre pour cette série d'interventions presque toutes nouvelles. Il s'y trouve une étude très détaillée de la néphrectomie (extirpation du rein) au point de vue de l'exécution technique et du pronostic (fig. 4).

Le choix entre la néphrectomie extrapéritonéale et la néphrectomie

intra ou transpéritonéale y est discuté avec soin. Cette dernière, défendue par des esprits trop absolus, comporte des risques plus sérieux que la première. C'est pourquoi j'ai conclu que, toutes les fois qu'il n'y a



Fig. 4. — Rein extirpé, dont le bassinet contenait un calcul. Une section faite du hile vers la périphérie montre le parenchyme parsemé de poches kystiques : dans l'une d'elles, située à la partie supérieure, en plein parenchyme, on aperçoit plusieurs petites concrétions.

pas de trop grandes difficultés ou une impossibilité absolue à prévoir, il faut *donner la préférence à l'opération extrapéritonéale*. Cette doctrine a finalement triomphé ; elle est devenue une règle de conduite universellement adoptée.

8. — Études de clinique chirurgicale.

(Grand in-8 de 302 pages avec 36 figures dans le texte, Paris 1892 ; G. Masson, édit.)

Ce livre est divisé en trois parties : la première se compose d'une leçon d'ouverture et de la statistique des opérations pratiquées dans mon service de l'hôpital Necker pendant l'année scolaire 1890-1891. La seconde comprend vingt leçons, parmi lesquelles plusieurs ont trait à des ques-

tions de pathologie ou à des procédés opératoires nouveaux, qui seront analysés ultérieurement et que je me bornerai à citer en ce moment; elles ont pour titres : les *délires post-opératoires*, le traitement de la *constriction cicatricielle des mâchoires* par la désinsertion du masséter et du ptérygoïdien interne, les *situations anormales et exceptionnelles du testicule* dans le cas de tumeur des bourses, *aiguille* et *rugines nouvelles* pour l'*uranoplastie* et la *staphylorraphie.*

Dans la troisième partie, intitulée *Recueil de faits cliniques*, se trouvent rassemblées 57 observations, dont quelques-unes, offrant un intérêt particulier, seront résumées plus loin (*implantations d'os décalcifié, luxation du carpe en arrière, tumeur de la parotide accessoire, amputations de cuisse selon le procédé de Gritti, kystes dermoïdes de l'épigastre et de la région sacro-coxygienne, invaginations intestinales, hernies enkystées de la tunique vaginale, résection du côlon, large résection de la paroi abdominale pour éventration ; opérations sur le foie, la rate et les voies biliaires ;* extirpation d'un *rein gazeux*, injections de *tuberculine* de Koch dans quelques cas de tuberculose chirurgicale).

9. — Cancer du sein. — Étude clinique. — Statistique.

(In-8 de 123 pages, 1902 ; J.-B. Baillière et fils, édit.)

Ce travail, couronné par l'Académie des sciences (prix Barbier, 1902), est avant tout l'exposé de ma pratique personnelle de la ville. J'y ai examiné sous tous leurs aspects et analysé minutieusement 53 cas de tumeurs malignes opérées par moi pendant une période de vingt-deux ans, sauf les deux premiers, qui sont plus anciens.

Quoique les résultats ressortant de cette analyse soient très éloignés de l'idéal que poursuivent les chirurgiens pour le traitement du cancer du sein, ils ne laissent pas que d'être encourageants, si l'on tient compte des conditions en général médiocres dans lesquelles un certain nombre de ces opérations ont été pratiquées. C'est ainsi que, sur 36 des opérées *mortes au moment de ma publication*, à la suite de récidives ou de *maladies intercurrentes*, la moyenne de la survie après l'intervention avait été de 3 ans 6 mois et 15 jours, avec un écart de 5 mois (minimum) à 13 ans 10 mois et 11 jours. Un groupe de 16 opérées (44,44 p. 100) avaient vécu plus de 3 ans, sur lesquelles 12 (33,33 p. 100) *avaient dépassé 4 ans* d'une ou de plusieurs années.

Sur ces 53 opérées, 17 *vivaient encore*, et la moyenne de la survie, quel que fût le temps écoulé depuis l'intervention, était de 6 ans 1 mois et 27 jours. Pour 10 cas où la date de l'opération remontait à plus de 3 ans, *cette moyenne était de* 9 *ans et* 5 *mois*, et pour 3 d'entre eux *la survie était de* 10 *à* 14 *ans*.

En 1907, cinq ans après la publication de ce travail, une nouvelle enquête me fit connaître le sort de ces 17 opérées encore vivantes en 1902; 7 étaient mortes à la suite de récidives ou de *maladies intercurrentes* après avoir eu des survies variant entre 3 *ans et* 16 *ans ;* 10 vivaient encore. Il m'a été impossible de retrouver la trace de 2 d'entre elles. Pour les 8 autres, *le temps écoulé depuis l'opération était compris entre* 6 *ans et* 19 *ans passés*, ce qui donnait, pour ces 8 cas, *une moyenne de* 11 *ans* 7 *mois et* 26 *jours*.

Ces 8 opérées privilégiées jouissaient toutes d'une santé parfaite.

De co qui précède, il est permis de conclure que l'amputation du sein peut donner de très bons résultats bien plus souvent qu'on ne le croit généralement. L'opinion contraire est malheureusement très répandue dans le public, et même dans le corps médical. Trop de médecins, manquant de conviction, déconseillent l'intervention sanglante ou ne la conseillent que très tardivement. Les opérations pratiquées dans ces conditions ne peuvent être suivies d'un succès durable.

Sauf pour quelques cas mauvais d'emblée, des chances sérieuses de guérison temporaire prolongée, et peut-être de guérison définitive, sont assurées *par l'intervention précoce et large*. Les chirurgiens ne doivent pas se lasser de le répéter, malgré les résultats palliatifs quelquefois remarquables de certaines méthodes toutes modernes : telles la radiothérapie, la radiumthérapie et la fulguration qui doivent être réservées au traitement des cas défavorables pour l'opération et des récidives.

10. — **Clinique chirurgicale.**

(1 vol. grand in-8 de 634 pages, avec 45 figures dans le texte, Paris, 1904 ; J.-B. Baillière et fils, édit.)

La science du laboratoire accentue chaque jour ses progrès; la pathologie subit de profonds bouleversements; la clinique pure demeure plus fixe dans ses formes et dans ses moyens, parce qu'elle émane avant

tout de l'observation, et que, tout en empruntant aux méthodes nouvelles leurs moyens d'investigation perfectionnés, elle ne saurait s'éloigner de ce qui constitue le fondement de la médecine : l'étude du malade et, par induction, la connaissance plus complète des maladies. C'est en m'inspirant de cette vieille tradition que j'ai composé ce volume de clinique chirurgicale. Je dis « composé » à cause de la grande variabilité des sujets traités, et aussi en considération du manque apparent de lien entre certaines leçons au classement desquelles le hasard semble avoir seul présidé, Et cependant il y a une logique dans ce classement et autre chose qu'un rapprochement purement fortuit. Quoique bien des anneaux manquent à la chaîne formée par les quarante-sept leçons de cet ouvrage, leur ordre reste conforme « à celui qui règle la répartition des matières dans la plupart des traités didactiques français ».

« Le premier groupe *a trait à des questions générales* ; certaines maladies *des systèmes et des grands appareils de l'organisme* fournissent la matière d'un second groupe. Un troisième est consacré à l'étude de *sujets relevant de la chirurgie régionale.* Enfin la *gynécologie* est représentée par plusieurs des grandes questions auxquelles aucun chirurgien ne peut rester indifférent. »

Certaines questions générales, telles que, l'*anesthésie*, le *choc traumatique,* les *indications* et les *contre-indications dans la chirurgie actuelle,* le *traitement non opératoire des tumeurs malignes* ont été de ma part l'objet d'une étude très attentive. Les leçons relatives à ces sujets reflètent l'importance que j'attache à ce que les chirurgiens empruntent à la pathologie générale le fond de leurs déterminations et ne se laissent pas glisser sans résistance sur la pente de l'intervention à outrance, en obéissant à des courants d'idées nouvelles insuffisamment mûries, à des modes pleines de périls, auxquelles il semble qu'il y aurait déshonneur à ne pas se plier.

Parmi les sujets spéciaux abordés dans ces pages, je signalerai particulièrement, comme émanant de recherches ou de réflexions plus personnelles, les *états douloureux des os et des articulations,* l'*hypertrophie diffuse des os du crâne et de la face,* les *myosites,* le traitement des *anévrysmes par les ligatures périphériques,* l'*épithélioma leucoplasique de la langue et de la bouche,* les *épiploïtes d'origine opératoire,* les *fistules stercorales* et les *anus contre nature,* l'*entéro-anastomose* et l'*exclusion intestinale,* les *sarcomes du vagin dans l'enfance.*

Comme une courte analyse sera consacrée plus loin à ces leçons, aux lieux et places correspondant aux questions dont elles traitent, je me borne pour le moment à cette simple mention.

11. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

(Publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet, 10 vol. grand in-8, Paris, 1896-1901 ; J.-B. Baillière et fils, édit.)

C'était peut-être une entreprise téméraire, après la publication encore récente de tant de monographies et de traités de chirurgie plus ou moins importants, de soumettre au public médical un ouvrage en dix volumes roulant sur la chirurgie tout entière, y compris les spécialités les plus autonomes, telles que les maladies des yeux, des fosses nasales, des oreilles, du larynx. Nos éditeurs n'ont pas reculé devant cette épreuve, et les directeurs ont mis tout leur soin à l'exécution rapide et consciencieuse de cette œuvre. En cinq années, les dix volumes, comprenant ensemble 9 400 pages, avaient paru régulièrement, et la vente en fut assez rapide pour que, dès 1905, il fût permis de songer à une deuxième édition.

Le choix de nos collaborateurs, pris presque tous parmi les professeurs et les agrégés des Facultés de médecine, ou parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris et des grands centres de la province, a largement contribué au succès, en assurant une aide efficace à notre participation personnelle.

S'il est vrai que le plan général du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* ne s'écarte pas notablement de celui des grands traités antérieurs, il est facile de se rendre compte des *particularités qui lui donnent sa physionomie propre.* D'abord son titre ne révèle-t-il pas la volonté des directeurs de maintenir dans les descriptions didactiques un conact permanent avec l'enseignement puisé au lit du malade ? N'indique-t-il pas aussi que, dans leur pensée, l'exposé des méthodes opératoires nouvelles non encore classiques, ou n'ayant pas encore perdu leur caractère d'actualité, est un complément nécessaire des descriptions pathologiques relatives à des sujets récemment débattus et finalement introduits dans le cadre de la chirurgie ? Ceci est vrai surtout pour les questions faisant partie du territoire intermédiaire entre la médecine et la chirurgie, du *Grenzgebiet* des Allemands.

D'autre part, en nous plaçant à un point de vue essentiellement synthétique, nous aurions volontiers partagé les maladies et les affections chirurgicales en autant de catégories qu'il y a de grands systèmes organiques et, dans ceux-ci, de parties distinctes. Conception séduisante, sans doute, et dont le résultat eût pu être de substituer de grandes lignes frappantes par leur simplicité aux subdivisions multiples qui hachent la substance chirurgicale en un nombre exagéré de chapitres; mais aussi conception trop ambitieuse, dont nous avons reconnu bien vite l'impraticabilité. En effet, à côté des lésions qui ne s'attaquent qu'à un grand système organique (appareil circulatoire, appareil respiratoire, système osseux), ou à une partie bien définie, quoique complexe, d'un grand système (articulations), il y en a qui, sous l'influence d'une même cause, d'une même circonstance, atteignent des tissus ou des organes absolument distincts entre lesquels il n'y a qu'un rapport résultant de leur juxtaposition (boîte cranienne et cerveau, rachis et moelle épinière, cage thoracique, cœur et poumons). N'eût-il pas été absolument irrationnel de séparer les lésions du contenu de celles du contenant, de rattacher, par exemple, les fractures des os du crâne aux autres fractures, les déchirures du cerveau aux maladies du système nerveux ? de placer dans des volumes différents les fractures des côtes et les déchirures de la plèvre ou des poumons qui en sont une conséquence si fréquente ? N'eût-ce pas été justement faire bon marché du point de vue clinique auquel nous tenions tant et nous déjuger grossièrement ?

Il a donc fallu, coûte que coûte, faire une large place à la *chirurgie régionale*; mais cette concession inéluctable ne nous a pas empêchés de donner satisfaction à notre désir de *groupement* en vue d'éviter l'éparpillement des sujets similaires. Par exemple, quel intérêt pouvait-il y avoir à laisser les anévrysmes de la paume de la main dans le cadre des maladies régionales de la main? les tumeurs blanches du genou dans celui des affections chirurgicales de la jambe ?

Nous avons donc ramassé autant que possible les éléments des grandes questions qu'on s'était habitué à voir épars dans presque tous les ouvrages antérieurs, et, dans cette œuvre de concentration, de centralisation, pourrais-je dire, nous ne nous sommes arrêtés que devant ce qui nous a semblé être impossibilité absolue. N'était-ce pas le meilleur moyen d'assurer l'unité à un traité de dimensions inusitées ?

Loin de nous laisser influencer par le discrédit relatif dans lequel est tombée la pathologie générale chirurgicale, nous lui avons consacré notre premier volume presque entier. Nous avons cherché ainsi à réagir contre les tendances trop particularistes du jour, qui entraînent les esprits vers des champs trop limités d'études où ils risquent fort de se rétrécir, vers des spécialisations trop étroites.

12. — Nouveau Traité de chirurgie.

(Publié sous la direction de A. Le Dentu et de Pierre Delbet, Paris, 1907 ; J.-B. Baillière et fils, édit.)

Ce nouveau traité représente la deuxième édition de l'ouvrage précédemment analysé; sa division en 34 volumes ou fascicules tout à fait séparés, et d'importants remaniements nécessités par les vues nouvelles sur la pathogénie et la nature des maladies, justifient suffisamment le changement du titre de l'ouvrage ; mais l'esprit général qui l'anime s'est maintenu et accentué, et nous avons donné plus largement encore satisfaction à notre désir de groupement et de concentration synthétique.

Ce qui est le plus profondément modifié dans notre publication, ce sont ses proportions. Lorsque nos 34 volumes ou fascicules seront tous parus, l'ouvrage entier sera presque deux fois plus étendu que notre première édition. Il n'est donc peut-être pas trop présomptueux de le considérer, d'ores et déjà, comme devant représenter, dans un avenir proche, comme une véritable Encyclopédie de chirurgie.

Le nombre de nos collaborateurs demeure à peu près le même, sauf adjonction à plusieurs d'aides nécessaires pour une refonte rapide des articles. Ceux-ci, parmi lesquels il en est d'entièrement refaits, ont ou auront souvent le caractère de monographies complètes. Nous espérons que, en dépit de quelques inégalités bien difficiles à éviter, leur ensemble constituera un tout véritablement homogène.

Sur les 34 fascicules annoncés, 22 ont déjà paru.

L'ordre des questions n'a guère subi de modifications. Il demeure à très peu de chose près conforme à celui que nous avions adopté pour la première édition.

13. — États anormaux et maladies des annexes de l'utérus.

(Par MM. Le Dentu et Stéphane Bonnet, in *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. X, p. 763-963.)

La rédaction de cet article est due, pour une très large part, à M. Stéphane Bonnet. Notre action commune s'est concentrée surtout sur certains points particulièrement délicats, tels que les indications de l'intervention radicale dans les affections suppuratives des trompes et des ovaires et le choix de la voie la meilleure et la moins dangereuse pour l'extirpation de ces annexes de la matrice. Tout en donnant la préférence à l'ouverture du ventre pour un très grand nombre de cas, nous avons fait une part assez large à l'opération par le vagin, excellente et certainement un peu plus bénigne dans quelques circonstances déterminées. Il serait fâcheux que des idées trop systématiques ou que des préventions insuffisamment fondées eussent pour conséquence d'amener les chirurgiens à condamner sans appel la dernière de ces méthodes, à laquelle nous sommes redevables de tant de succès.

14. — Tumeurs congénitales et malformations de la région cranienne et de la face.

(*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. V, p. 673-758, 85 pages.)

15. — Tumeurs et difformités congénitales de la région cranienne et de la face.

(*Nouveau Traité de chirurgie*, fasc. XV, p. 1-150.)

Déjà, dans la première de ces monographies, j'avais apporté un soin particulier à l'étude de ces questions. Indépendamment des quelques nouveautés que j'avais pu y introduire successivement, en idées et instrumentation, je m'étais appliqué à ne rien laisser dans l'ombre de ce qui avait été dit et fait d'important antérieurement.

Dans une première partie, consacrée aux *tumeurs développées sur le trajet des fentes embryonnaires*, figuraient les kystes dermoïdes et mucoïdes, répartis dans des régions bien connues cliniquement parlant, puis les *tumeurs solides d'origine fissuraire* : fibro-chondromes et fibro-lipomes, lipomes, angiomes, lymphangiomes, productions beaucoup plus rares, sauf les angiomes, que les précédentes.

En second lieu, je faisais un exposé aussi complet que possible des *malformations par défaut de soudure des bourgeons embryonnaires de la face.*

Après les exceptionnelles *fistules congénitales* du crâne et de la face, prenaient place les *fissures superficielles et profondes*, dont les unes constituent des raretés et les autres sont assez communes (*bec-de-lièvre, division palatine*), avec leurs diverses variétés ou combinaisons. L'étiologie et la pathogénie de ces dernières, encore bien obscures à certains égards, ont été exposées suivant l'état actuel de la science, mais avec une prédi-



Fig. 5. — Enfant présentant un bec-de-lièvre unilatéral compliqué de proéminence et de torsion de l'os intermaxillaire et du maxillaire supérieur contigu. Une large fente divise le palais osseux et le voile du palais dans toute leur longueur.



Fig. 6. — Même sujet après restauration totale de la lèvre, de la narine et de la fente palatine.

lection marquée pour la théorie d'Albrecht, qui concerne la situation des fissures à l'égard des os intermaxillaires. Il semble démontré, par les travaux de cet auteur et ceux d'A. Broca, qu'elles siègent entre les deux os intermaxillaires et non en dehors de l'intermaxillaire externe (fig. 5 et 6).

La plus grande partie de l'article est remplie par des descriptions de procédés opératoires classiques ou plus modernes. Je n'ai pas craint d'insister beaucoup sur des détails que je considère comme très importants pour le succès des interventions. J'ai consacré aussi beaucoup de pages

à la discussion des points qui partagent le plus les chirurgiens : les *troubles physiologiques* occasionnés par ces difformités, l'*âge opportun pour les interventions* suivant les variétés du bec-de-lièvre et aussi, en ce qui concerne les divisions du palais osseux et du voile, les *résultats phonétiques* des restaurations palatines, les *accidents opératoires*, les *opérations en deux séances.*

J'ai multiplié les figures pour les démonstrations techniques ; j'ai in-



Fig. 7. — Enfant de deux ans présentant un bec-de-lièvre double avec lobule intermaxillaire, saillant, compliqué d'une vaste fente du palais osseux et du voile du palais.



Fig. 8. — Même sujet photographié plusieurs années après des restaurations successives de la lèvre, des narines et du palais.

troduit dans le texte le plus possible de photographies prises sur mes opérés et montrant, par l'exemple, ce qu'on a le droit d'espérer même dans des cas très difficiles. Ainsi se sont trouvés réunis dans un cadre unique, à côté de faits inédits tirés de ma pratique, les documents que jusque-là on ne pouvait trouver qu'éparpillés dans de nombreuses publications françaises ou étrangères (fig. 7 et 8).

La deuxième édition de notre *Traité de chirurgie* m'a fourni l'occasion de combler quelques lacunes et d'élargir certains exposés ; mais le fond de mes idées ne s'est modifié en rien. Je demeure fidèle aux procédés personnels ou impersonnels qui m'ont donné le succès dans presque toute mes interventions, et aussi à la fixation de l'âge de cinq à six ans pour

l'urano-staphylorraphie, sauf réserve pour quelques cas où l'on peut opérer des enfants plus jeunes. Cette fois j'ai pu m'appuyer sur des statistiques importantes publiées en France ou à l'étranger depuis la rédaction de mon premier article. Les statistiques allemandes surtout m'ont fourni des arguments difficiles à réfuter.

Les *éléments nouveaux* que j'ai introduits dans mon second article sont surtout relatifs à la *pathogénie indirecte* des malformations faciales, à l'influence des *états pathologiques des procréateurs, tuberculose : infections aiguës ou chroniques, syphilis* de première ou de seconde génération, au rôle de l'*hérédité* et de la *consanguinité*, importantes questions encore bien obscures à certains égards et sur lesquelles on commence seulement à avoir quelques clartés.

B. — TRAVAUX PRÉSENTANT DES IDÉES PERSONNELLES ET DES FAITS NOUVEAUX.

I. — ANATOMIE.

1. — Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

(Voy. l'analyse ci-dessus, p. 10.)

2. — Note sur un ligament non décrit du péricarde (ligament costo-péricardique).

(Par O. Lannelongue et A. Le Dentu, in *Arch. de phys. normale et pathologique*, 1868, t. I, p. 448.)

Un concours pour le prosectorat, où nous avions à préparer en pièces sèches les troncs veineux brachio-céphaliques, nous fournit, à mon collègue Lannelongue et à moi, l'occasion de remarquer la présence, dans le médiastin antérieur, d'un ligament dont les ouvrages classiques d'anatomie ne renfermaient aucune description et ne faisaient même pas mention. Ce ligament se *détache obliquement de la face antérieure du péricarde*, à 2 centimètres environ au-dessous du point où la séreuse se réfléchit sur les gros vaisseaux de la base du cœur. Il monte en s'élargissant jusqu'à la partie supérieure du thorax et *prend des insertions sur la première côte*, des deux côtés, en avant de la veine sous-clavière, en arrière de l'articulation costo-claviculaire.

Sur la ligne médiane et entre ces deux insertions latérales, il se continue avec le feuillet aponévrotique qui tapisse la face postérieure des muscles sterno-thyroïdiens.

Ce ligament *renferme dans son épaisseur les débris du thymus* sous forme de deux traînées jaunâtres, ce qui donne à penser qu'il n'est, du moins en partie, que la gaine conjonctive de cet organe modifiée par les progrès de l'âge. Or, pour que la gaine d'un organe qui disparaît très tôt, presque dès la naissance, ne subisse pas de son côté l'atrophie

qui frappe cet organe, il faut que *sa conservation réponde à une fin précise et spéciale.* D'où l'on peut conclure qu'on ne saurait considérer ce ligament comme un débris sans importance, mais que, par ses connexions, il est appelé à un nouveau rôle : celui de *contribuer à la fixation, à la suspension du péricarde et, indirectement, du cœur.*

II. — PATHOLOGIE ET SÉMÉIOTIQUE.

3. — Étiologie et pathogénie de certaines dilatations de l'oreillette droite du cœur.

(*Clinique chirurgicale*, 1904, p. 575.)

Dans une leçon didactique résumant les causes diverses des dilatations veineuses ou varices, j'en ai fait intervenir une que personne n'avait signalée, que je sache, antérieurement, c'est la corrélation pathogénique possible entre ces lésions et la dilatation de l'oreillette droite. Celle-ci, ainsi qu'on le sait, fait partie chez l'embryon du système veineux et continue chez l'adulte à participer aux caractères anatomiques des vaisseaux à sang noir. Deux observations très anciennes avaient servi de base à un petit travail resté inédit depuis 1866 et qui m'a semblé digne finalement d'être mis en lumière. Si exceptionnelle que puisse être cette corrélation, elle ne me semble pas pouvoir être niée. Elle serait sans doute reconnue plus fréquente si l'on songeait à la rechercher plus souvent.

4. — Le faux ballottement rénal.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1893, t. XIX, p. 89.)

J'ai attiré l'attention de la Société de ohirurgie sur ce que j'ai appelé le *faux ballottement rénal*, c'est-à-dire sur une sensation absolument semblable au vrai ballottement du rein abaissé et mobile, que j'avais perçue sur quatre malades atteintes d'*inflammation de la vésicule biliaire* contenant des calculs.

Une erreur facile consiste à prendre une tuméfaction inflammatoire ou une tumeur de cette vésicule ou du foie pour une augmentation de volume ou une tumeur du rein déplacé. Lorsqu'une main engagée en arrière sous la région lombaire refoule brusquement en avant une tu-

meur quelconque située dans la partie correspondante de l'abdomen, l'autre main placée en avant, sur la paroi abdominale, reçoit un choc brusque ; les sensations perçues dans les deux cas sont quelquefois rigoureusement les mêmes.

Le fait que la tumeur, si elle est hépatique, *suit les mouvements de la respiration*, contribue beaucoup à éclairer le diagnostic; mais, comme ce déplacement est limité ou peu manifeste, s'il existe des adhérences, le diagnostic reste très délicat chez certains malades.

5. — Néphrites douloureuses et néphrotomie.

(*Compte rendu du XIIe Congrès français de chirurgie*, 1098, p. 34.)

Les douleurs rénales, pour l'explication desquelles on ne pouvait pas faire entrer en cause la présence de calculs dans le rein, ont été, depuis Chopart, considérées comme de nature névralgique et désignées sous le nom de *néphralgie*. Un travail de Legueu, paru en 1891, consacre cette interprétation. Mais déjà, à cette même époque, Block avait eu l'idée que des néphrites partielles pouvaient être la cause de ces douleurs. Harrisson fait intervenir la même interprétation en 1896. Aselin, l'année suivante, corrobore l'opinion et les observations de Block et de Harrisson.

Ce fut l'année suivante, en 1898, que je publiai à mon tour *six faits qui me permirent d'émettre une affirmation très catégorique*. J'écrivais alors : « Il existe une forme de douleurs rénales *qui rappelle de si près les symptômes de la lithiase* qu'un diagnostic précis est tout à fait impossible. Ces douleurs paroxystiques sont en corrélation non plus avec de simples poussées congestives, mais avec de la *néphrite*, et même avec diverses formes de néphrites totales ou partielles. »

Un important mémoire d'Israël vint, en 1899, fournir un solide appui à cette opinion. Depuis lors, elle est devenue absolument classique. Un de mes anciens élèves, M. Félix Marsan, a résumé cette question si digne d'attention dans une thèse récente intitulée : *Les néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses et leur traitement chirurgical*. Le traitement de choix est actuellement la *néphrotomie* associée à la *réno-décortication*. J'avais déjà montré en 1898 les avantages du *simple débridement de la capsule propre et de la néphrotomie*.

6. — Situations habituelles et exceptionnelles du testicule dans le cas de tumeurs liquides des bourses (hématocèle et hydrocèle).

(*Études de clinique chirurgicale*, 1892, p. 180.)

Quelques praticiens avaient pu remarquer que, chez les sujets atteints d'*hydrocèle* et d'*hématocèle de la tunique vaginale*, le testicule n'est pas toujours englobé dans la tumeur. Ils avaient pu le remarquer à la suite d'erreurs de diagnostic causées par cette anomalie; mais personne, avant la publication de cette leçon, n'avait attiré l'attention sur elle sous une forme dogmatique et ainsi mis en garde les cliniciens contre des méprises quelquefois difficiles à éviter. Il peut arriver que la saillie du testicule soit aussi marquée que si la tumeur liquide était un kyste de l'épididyme. Cependant, dans cette dernière circonstance, la mobilité et l'extériorisation du testicule sont habituellement plus prononcées.

Cette situation exceptionnelle est en corrélation avec *certaines anomaliès de la tunique vaginale* consistant en ce que ses rapports avec le testicule sont moins étendus, moins larges. Les recherches anatomiques de mon ancien élève M. Sebileau ont complété par une confirmation précise mes observations cliniques.

7. — Les lymphangiomes pédiculés (tumeurs constituées par des vaisseaux lymphatiques) du canal inguinal et des bourses chez des sujets atteints de filariose.

(*Compte rendu du Congrès international de médecine de Moscou*, 1897, Sect. IX, Chirurgie, p. 230, et *Rev. de chir.*, 1898, p. 1.)

On connaissait les varices lymphatiques du cordon spermatique, constituant dans la région inguinale et dans le canal de ce nom des masses plus ou moins épaisses, mais régulièrement allongées dans le sens des autres éléments du cordon. On n'avait pas encore décrit de *véritables tumeurs* formées par des vaisseaux lymphatiques dilatés et enroulés, *pédiculées et réductibles ainsi que des hernies*, très difficiles à distinguer de ces dernières, et spécialement des hernies épiploïques (fig. 9).

J'ai fait connaître au Congrès de Moscou les premiers cas de ce genre que j'avais observés, et j'en ai communiqué plusieurs autres inédits à mon neveu le Dr René Le Dentu pour sa thèse intitulée : *La filariose, et ses rapports avec l'adénolymphocèle, le varicocèle lympatique et le lymphangiome pédiculé inguino-setoral.* (Bordeaux, 1907).

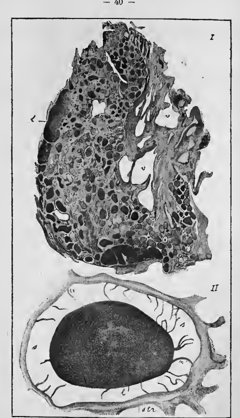


Fig. 9. — Lymphangione pédiculé inguino-scrotal.

I. Vue d'ensemble d'une des masses (injection au mélange osmio-picro-argentique de Renaut, carmin aluné). La masse est formée d'un stroma fibreux peu développé, renfermant des cordons de tissu lymphoïde (*l*) et creusé de larges vaisseaux lymphatiques (*v*) tapissés d'endothélium (Gross. = 4).

II. Un cordon de tissu lymphoïde (*l*) entouré de son sinus lymphatique (*s*) et relié au stroma (*str*) par des trabécules (*tr*). Même technique que ci-dessus (Gross. = 40).

Ces tumeurs représentent une des complications les plus curieuses et les plus rares de la lymphangite chronique des pays chauds. Elles sembleront peut-être moins rares qu'auparavant, maintenant que leur existence a été démontrée par maints exemples, et l'on commettra moins souvent l'erreur consistant à les prendre pour des hernies inguinales épiploïques.

L'ablation de ces tumeurs peut se faire sans danger, et, lorsqu'elle a été aussi complète que possible, la guérison peut se maintenir très longtemps, peut-être indéfiniment. Elles sont toujours plus ou moins en corrélation avec la lésion dont il va être question, et qui elle-même se présente à des degrés excessivement variables.

8. — Éléphantiasis primitif du testicule indépendant de celui des bourses.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 615.)

Sous ce nom, j'ai décrit une hypertrophie des testicules accompagnée d'une dureté pierreuse, dont j'avais observé les premiers exemples plus de dix ans avant la date de cette publication. Cette lésion ressemble, à s'y tromper, à de la syphilis tertiaire de cet organe. Or elle consiste essentiellement en une lymphangite chronique, succédant parfois à des poussées aiguës, ou primitivement chronique.

L'examen histologique d'un testicule ainsi altéré, dont j'avais été contraint de faire l'amputation, a établi ce fait d'une façon irréfutable. Cet examen histologique a été communiqué en 1890 à l'Académie de médecine (3e série, t. XXIV, p. 258).

Le fait clinique intéressant qui ressort de ces observations, indépendamment de la différenciation histologique de la lésion, c'est que la *coexistence de l'éléphantiasis testiculaire avec l'éléphantiasis même volumineux du scrotum* est exceptionnelle. Telle est la raison pour laquelle les cliniciens avaient passé à côté de cette hypertrophie sans la remarquer. La lésion du testicule consiste en des dilatations lymphatiques compliquées de sclérose hypertrophique (épaississement fibreux).

L'analogie et même la ressemblance entre cette lésion et l'élépbantiasis des bourses ou des membres me semble indiscutable. L'histologie légitime la désignation d'éléphantiasis du testicule dont je me suis servi.

Dans les cas déjà nombreux qui ont passé sous mes yeux, les bourses étaient intactes, ou bien, si elles étaient altérées, c'était par des lésions éléphantiasiques peu accentuées, ou par cette combinaison de l'éléphantiasis avec des varices lymphatiques tronculaires ou vésiculaires qu'on nomme *lympho-scrotum.* L'éléphantiasis du testicule peut coexister avec un *varicocèle lymphatique* ou même avec un *lymphangiome inguino-scrotal pédiculé*; mais souvent, dans ces derniers cas, la lymphangite intratesticulaire ou épididymaire est peu marquée, et le développement des lymphatiques du cordon paraît indépendant de toute lésion semblable de la glande séminale.

J'ai douté longtemps de la possibilité de guérir ces éléphantiasis du testicule autrement que part l'extirpation, qui en général ne s'impose nullement. Je n'ai pas eu recours à l'*exorchidopexie* (exposition du testicule en dehors des bourses) recommandée par M. Audain (de Port-au-Prince). Un fait que je n'ai pas encore publié me fait penser que le traitement de l'avenir consistera dans la *résection des lymphatiques du cordon spermatique,* toujours plus ou moins développés en pareille circonstance.

9. — La crête médiane postérieure de l'utérus envisagée comme signe des rétro-déviations.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 214.)

On sait que la face postérieure de la matrice est formée par deux plans obliques, qui, en se rencontrant sur la ligne médiane, donnent naissance à un *angle dièdre* généralement obtus, mais quelquefois très voisin de l'angle droit. Or, quand cet organe se renverse en arrière, en version simple ou en flexion, la crête formée par cet angle dièdre se met en contact avec le cul-de-sac vaginal postérieur, et le doigt introduit dans le vagin jusqu'à ce cul-de-sac la sent très nettement dans la très grande majorité des cas, et, lorsqu'on est familiarisé avec cette recherche, dans la presque totalité (fig. 10).

J'ai indiqué ce signe comme pouvant beaucoup aider au diagnostic, lorsque le cul-de-sac vaginal est occupé par une masse ou une tumeur quelconque dont il s'agit de connaître la nature exacte. Dans la pratique courante, mes élèves et moi en avons maintes fois tiré grand profit. On ne doit pas perdre de vue que, dans le cas de torsion plus ou moins marquée de l'utérus sur lui-même, cette crête peut être attirée latérale-

ment et se présenter moins directement à l'extrémité du doigt. Pour bien la sentir, il vaut mieux recourir au toucher *unidigital* qu'au toucher *bidigital*.



Fig. 10. — Coupes *transversales* d'un utérus de jeune femme : 1° à droite, sur le col, à 0m,5 au-dessous de l'isthme; 2° au milieu du corps; 3° à gauche, à une faible distance du fond.

10. — Mains creuses congénitales avec pouce renversé à angle droit vers la paume de la main.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1907, t. XXIII, p. 438.)

Je n'ai pas pu trouver un seul exemple de cette double lésion congénitale, que j'ai observée jadis sur un jeune homme. Elle était symétrique et d'aspect identique aux deux mains. L'appareil osseux était normal, sauf un peu d'hypertrophie de la tête du deuxième métacarpien rendue saillante par la déviation des pouces.

Il a été possible, au moyen de deux opérations autoplastiques, de ramener ces derniers à une position normale, à très peu de chose après, et de rendre à ce jeune homme l'usage de ses mains. Celles-ci sont figurées, avant et après l'intervention, au tome X de notre *Traité de chirurgie clinique* (p. 1228.)

III. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

11. — La révulsion interstitielle au moyen des injections sous-cutanées de nitrate d'argent.

(*Bull. de la Soc. clinique*, 1877, p. 57, et *France méd.*, 1877, p. 225 et 243.)

Quatre ou cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart, injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, en regard de points névralgiques tenaces des parties molles ou des os, déterminent une révulsion très intense. Au bout de cinq jours, il est nécessaire de ponctionner avec

le bistouri une petite collection contenant du liquide sanguinolent et des débris de tissu qui se forme inévitablement au lieu de l'injection.

J'ai vu plusieurs fois ce moyen supprimer radicalement et de suite des névralgies très anciennes. Il doit être évité à la face ; il y est trop douloureux.

12. — Recherches expérimentales relatives à l'emploi du formol et du parachlorophénol pour les pansements.

(*Compte rendu du Congrès international de médecine de Moscou*, 1897, Sect. XI, Chirurgie, p. 337.)

L'emploi du *formol* ou plutôt de l'*aldéhyde formique* ne s'appliquait guère, avant cette date, qu'à la désinfection des locaux. J'étendis ses applications aux pansements des plaies et, d'une façon générale, à l'antisepsie chirurgicale.

Cette substance possède, comme on le sait, un pouvoir antiseptique considérable. Mon chef de laboratoire fit en 1897, sur mes indications, des expériences sur les animaux, afin d'en déterminer les propriétés toxiques et destructives ; il put en conclure que la mortification des tissus n'était à craindre qu'avec des solutions très concentrées et que l'intoxication générale n'apparaissait jamais.

Cliniquement et sur le terrain étendu de l'observation journalière, je reconnus facilement le *pouvoir antipudride et désodorant* de l'aldéhyde formique, et j'en fis depuis cette époque un usage courant sous forme de *trois solutions titrées différemment* : la première contenant, pour 200 grammes d'eau, 1 gramme de la solution commerciale de formaldéhyde à 40 p. 100 ; la seconde, 1 gramme pour 400 grammes d'eau ; la troisième, 1 gramme pour 1 000 grammes d'eau.

La première était destinée à la désinfection instantanée des *plaies infectées*, et surtout des *plaies gangreneuses*, et à l'*immersion des instruments* pendant les opérations ; la seconde, habituellement bien tolérée, servait aux pansements ; la troisième était réservée, telle quelle, ou un peu étendue, pour les pansements sur les peaux irritables et pour les bains locaux.

J'ai eu la satisfaction de voir l'emploi du formol se répandre beaucoup en chirurgie et en obstétrique après cette communication.

Les expériences faites dans mon laboratoire à la même époque, avec

le *parachlorophénol*, nous révélèrent le pouvoir antiseptique également considérable de cette substance ; mais il ne m'a pas paru qu'il y eût grand intérêt à transporter ces résultats sur le terrain de la pratique courante.

13. — Appareil inamovible à claire-voie pour tous les traumatismes de l'épaule, et spécialement pour les fractures de la clavicule.

(GILLETTE, *Chir. journ. des hôp.*, p. 448, et *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de LE DENTU et PIERRE DELBET, t. II, p. 191.)

A entendre les partisans exclusifs du massage, la faillite de tous les appareils inventés pour le traitement des fractures de la clavicule serait complète, et celui dont il est question dans le titre ci-dessus devrait partager la disgrâce générale. Je ne pense pas, pour mon compte, que le massage réponde à toutes les indications. S'il est des cas très simples où la simple écharpe suffit, combinée avec le massage, il en est d'autres où cette contention tout à fait insuffisante donne de très mauvais résultats. C'est pourquoi je maintiens la nécessité des appareils, du moins pour la période initiale du traitement, et jusqu'au moment où les fragments plus ou moins bien réduits, mieux réduits en tout cas que s'ils avaient été abandonnés à eux-mêmes, ont commencé à s'agglutiner. Le massage fait le reste, avec la prolongation de la contention au moyen d'un appareil qu'on peut rendre facilement amovible.

L'appareil plâtré que j'ai imaginé a l'avantage de moins emprisonner le tronc et le bras que ceux qui l'ont précédé, puisqu'il est *à claire-voie.* Bien appliqué, et renouvelé dès qu'il se relâche, je l'ai vu procurer, par la compression douce qu'il permet sur les fragments, des réductions durables et d'excellents résultats au point de vue de la *forme de la région traumatisée.*

14. — De la myotomie sous-cutanée comme moyen de traitement des douleurs causées par certaines exostoses.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 408.)

Moyen qui porte la marque d'une époque où l'on n'osait pas encore beaucoup toucher au système osseux quand une nécessité pressante n'imposait pas l'intervention. Sectionner sous les téguments les faisceaux

musculaires qui coiffaient l'exostose ne comportait pas de risques et soulageait. Aujourd'hui on extirperait l'exostose sans hésitation, ainsi que je l'ai fait maintes fois depuis lors.

15. — Procédé nouveau pour la suture des tendons.

(*Comptes rendus du Congrès international de médecine de Genève*, 1877, p. 329.)

Ce procédé consiste à former une sorte de cadre, avec un fil d'argent passé transversalement dans les deux bouts du tendon coupé, à quelque distance du bord libre. Les deux extrémités de ce fil sont ramenées au dehors par l'intermédiaire d'un petit tube en plomb et tordues à leur sortie de ce tube. Cette disposition est destinée à en faciliter l'ablation.

A partir du jour où les chirurgiens ont eu à leur disposition des fils résorbables de catgut et des fils de soie bien stérilisés et très fins, ce procédé de *ténorraphie* a pu être beaucoup perfectionné, et je l'ai réglé de la manière suivante :

On passe transversalement, dans l'épaisseur de l'un des bouts du tendon coupé, un fil de soie très fine. Ce même fil est passé ensuite, en sens inverse, dans l'épaisseur de l'autre bout, et on noue les deux extrémités du fil *sur le côté*, en ayant soin de serrer juste assez pour que les deux tronçons soient *affrontés* bout à bout. Leurs extrémités sont alors maintenues dans un contact parfait par deux fils séparés allant directement de l'un à l'autre, constituant une *suture d'appui*. Le premier fil forme par l'ensemble de ses directions une *suture en cadre*.

Ce procédé ne saurait convenir pour la suture des tendons très plats ou très grêles. Il a été appliqué ultérieurement à la suture des nerfs sectionnés.

16. — Procédé de traitement du symblépharon (union cicatricielle d'une paupière et du globe oculaire) par l'autoplastie conjonctivale.

(*Congrès pour l'avancement des Sciences*, Lyon, 1873.)

Sur un malade atteint de symblépharon de la paupière inférieure, après dissection des adhérences de cette dernière avec le globe oculaire, un lambeau en pont, emprunté au segment supérieur de la conjonctive bulbaire intacte, fut abaissé au-dessous de la cornée et fixé sur le segment

inférieur de l'œil. Des fils partant du bord inférieur de ce lambeau, au niveau du cul-de-sac conjonctival inférieur, furent fixés, après transfixion de la paupière inférieure, sur la surface cutanée de cette dernière.

17. — Opérations diverses pour le relèvement de la pointe du nez et la réfection de la narine chez les sujets atteints de bec-de-lièvre compliqué.

(*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. V, p. 735, et *Nouveau Traité de chirurgie*, fasc. XV, p. 95 et 111.)

Ce sont de petites opérations de perfectionnement qui corrigent certains inconvénients presque inévitables des procédés employés couramment.

Par exemple, après l'utilisation de la partie cutanée du lobule intermaxillaire pour la réfection de la lèvre supérieure, la *pointe du nez* se trouve parfois *disgracieusement attirée* en bas. J'ai indiqué un moyen d'en obtenir le relèvement.

D'autre part, la reconstitution d'une narine largement ouverte, étalée et onduleuse, est défectueuse si l'on se borne à rapprocher par une suture directe les portions de la lèvre qui devront en reformer le bord inférieur. Un petit lambeau *taillé aux dépens de l'ourlet muco-cutané de la narine*, et fixé à la base de la cloison, assure une réfection très satisfaisante.

Si la forme onduleuse de la narine persiste, on peut la corriger par l'excision d'une petite portion de tissu plus large du côté des téguments que du côté de la muqueuse. En serrant les fils de suture, on fait disparaître l'ondulation.

18. — Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires par la désinsertion du masséter et du ptérygoïdien interne.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 64.)

Cette opération a donné un excellent résultat chez la malade qui m'a fourni l'occasion de l'imaginer. Une incision correspondant à l'angle du maxillaire inférieur conduit directement sur les insertions inférieures des deux muscles. Quelques débridements avec le bistouri et les ciseaux, et le décollement avec la rugine de ces muscles adhérents aux deux faces de la branche montante font le reste. Il importe de maintenir avec soin l'ouverture de la bouche pendant les jours suivants.

19. — Diverses opérations pour combattre l'hypertrophie diffuse des os de la face.

(*Clinique chirurgicale*, 1904, XV, p. 176.)

A diverses reprises, je me suis occupé de cette altération particulière du squelette de la face et du crâne, dont la cause est encore inconnue. Il sera question plus loin des travaux qui la concernent au point de vue pathologique. Ici je me borne à dire que je crois avoir inauguré la thérapeutique chirurgicale de ces difformités considérées antérieurement comme de simples curiosités anatomiques. L'abrasion des masses exubérantes, la reconstitution des narines oblitérées, au moyen du ciseau et du maillet, arrêtent habituellement la marche de l'hyperplasie osseuse, tout en corrigeant les déformations de la face dans une certaine mesure. Horsley a eu recours plus récemment, en Angleterre, à des opérations du même genre, et avec un succès encourageant.

20. — Procédé spécial de cure radicale des hernies.

(*Rev. de chir.*, 1900, t. II, p. 731.)

Ce procédé consiste essentiellement *dans un plissement de l'aponévrose du grand oblique et de toute l'épaisseur de la paroi antérieure du canal inguinal en avant du cordon spermatique.* Il faut commencer par isoler le sac et par le rebrousser vers une petite boutonnière faite à la paroi abdominale *à plusieurs centimètres au-dessus* de l'orifice du canal, à la façon de Kocher. Là on le fixe et on résèque tout ce qui dépasse. Le plissement s'obtient au moyen de plusieurs anses de fils de catgut placés à travers la paroi antérieure du canal *dans des plans verticaux perpendiculaires à l'axe longitudinal du pli.* En serrant et en nouant les fils, *on détermine la formation du pli.* Des adhérences suffisamment solides des tissus le maintiennent ensuite. La fermeture partielle de l'orifice inguinal par des points directs complète l'opération.

Ce procédé ne convient qu'aux hernies commençantes ou de dimensions moyennes.

21. — La colopexie (fixation du côlon à la face interne de la paroi abdominale) associée au procédé d'Allingham dans la technique de l'anus artificiel iliaque.

(*Congrès français de chirurgie*, 1908, p. 372.)

Le renversement des bouts de l'intestin avait trop de tendance à se produire après l'emploi de certains procédés d'établissement de l'anus artificiel (colostomie). J'ai cherché à éviter cet inconvénient en préconisant un procédé mixte inspiré de celui du chirurgien anglais Herbert Allingham.

Ce dernier consiste essentiellement, une fois faite l'incision de la paroi abdominale, *à exercer sur le côlon iliaque une traction suffisante pour tendre les deux bouts.* Cette traction amène au dehors une anse plus ou moins longue, *suivant que le mésocôlon est plus ou moins long.* On fixe alors l'intestin et le mésocôlon par quelques fils extérieurs aux bords de la plaie, on pince la portion extériorisée avec un *clamp* (pince à pression continue) muni de pointes, placé à un pouce en avant de la plaie, puis, dans un délai variant entre douze heures et trois jours, on coupe tout ce qui dépasse, et le lendemain on enlève le clamp. L'anus artificiel est constitué, et, par le retrait graduel des deux moignons d'intestin, il se met de niveau avec la paroi abdominale.

Le *renversement du côlon* n'est guère à craindre dans ces conditions. Pour le rendre encore plus difficile, j'ai pensé qu'il pourrait y avoir avantage, une fois que l'intestin a été attiré au dehors, *à fixer le bout supérieur à la paroi abdominale,* à quelques centimètres au-dessus de l'incision.

Cette précaution serait sans doute inutile si les tractions exercées sur les deux bouts avaient fait constater que le mésocôlon est court. Elle s'imposerait si le mésocôlon avait une longueur exagérée. Elle m'a paru réaliser un progrès dans le cas où j'y ai eu recours.

22. — Suture du périnée après l'urétrotomie externe.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 775.)

Jusqu'alors, on n'avait guère suturé l'urètre qu'après les blessures, les ruptures et le traitement opératoire des rétrécissements. Terrier avait rapproché superficiellement les lèvres de la plaie *après une extraction*

de corps étranger; Lucas-Championnière, *après une rupture traumatique*; Daniel Mollière, *après l'excision totale d'un rétrécissement.* J'ai proposé, après l'avoir exécutée une fois, cette suture pour l'urétrotomie externe, sans excision du rétrécissement. J'ai compris en masse tous les tissus dans quatre fils allant jusqu'à la sonde. Loin de vouloir généraliser cette façon d'agir, j'ai dit qu'il fallait la réserver pour les cas les plus simples. Cette réserve s'est trouvée justifiée ultérieurement.

23. — Débridement superficiel du rein par incision de sa capsule propre.

(*Affections chirurgicales des reins et des uretères*, p. 216.)

Le 8 octobre 1880, j'avais fait une tentative d'extirpation de calcul rénal chez un homme offrant les symptômes habituels de cette maladie. Ne trouvant pas, par l'acupuncture du rein, un calcul à extirper, je m'étais contenté de fendre la capsule propre du haut en bas de l'organe et d'inciser très superficiellement le tissu sous-jacent. Toute douleur avait cessé et fut supprimée à tout jamais (*loc. cit.*, p. 216).

Une autre fois (21 octobre 1886), j'avais fait systématiquement ce débridement sur le rein gauche d'un malade à qui j'avais auparavant enlevé le rein droit. Les souffrances avaient été supprimées pour quelque temps (*loc. cit.*, p. 230).

Ces deux cas m'avaient montré ce qu'on peut tirer du *débridement de la capsule du rein* et me déterminèrent à systématiser cette opération. On peut la considérer comme ayant été l'avant-coureur de la décapsulation totale, préconisée ultérieurement contre les néphrites brightiques (Voir plus haut, p. 22).

24. — Néphrolithotomie sur un rein non suppuré.

(*Communication à l'Académie de médecine*, le 26 juin 1888, et *Traité des affections chirurgicales des reins*, p. 645.)

Cette opération *n'avait encore été faite qu'une fois*, par Henry Morris, à Londres, dans des conditions de facilité particulière. La mienne fut donc la première en France. Ainsi que je l'ai déjà dit plus haut (p. 24), le chirurgien anglais s'était contenté de réunir très lâchement *la plaie des téguments* par trois points de suture espacés ; sur mon malade les deux

incisions que j'avais dû faire, l'une sur le bassinet et la partie voisine du rein, l'autre *sur le bord convexe* de cet organe, furent réunies avec du catgut nº 0. *Ce fut donc la première fois qu'une suture fut portée sur le parenchyme rénal lui-même.* Cette suture n'avait été ni exécutée ni préconisée antérieurement par personne. L'emploi de fils trop fins fut cause de la production d'une petite fistule qui se tarit en peu de jours. Le succès de la suture fut complet dans le cas suivant.

25. — Néphrolithotomie sur un rein non suppuré. — Suture du parenchyme rénal; réunion immédiate.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 531.)

Cette fois-ci, ce fut le bord convexe du rein qui fut incisé d'emblée dans une grande partie de sa longueur, et, par cette incision, comprenant toute l'épaisseur du parenchyme, j'ouvris les calices et le bassinet, et je fis sans peine l'extraction d'un calcul en forme d'ergot emprisonné dans le réservoir rénal. *Je fis la suture de la plaie rénale* dans toute sa hauteur avec sept fils de catgut nº 3, me mettant ainsi dans de bien meilleures conditions pour une guérison rapide.

Pas une goutte d'urine ne s'écoula de la plaie un seul moment, consécutivement à l'opération. Un drainage extrarénal fut maintenu prudemment pendant seize jours.

A l'époque où cette seconde néphrolithotomie fut pratiquée, aucun cas de ce genre n'avait encore été publié en France. Les intéressantes expérimentations de M. Tuffier exécutées sur des chiens sont postérieures à ma première néphrolithotomie, et je ne les connus qu'après la seconde.

26. — Sur la suture du rein après la néphrolithotomie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 107.)

Cette communication est connexe aux deux précédentes. Il s'agissait d'établir ma priorité relativement à la suture du *parenchyme rénal.* Czerny avait suturé le *bassinet* une fois auparavant. Morris n'avait ni exécuté ni même conseillé la suture du parenchyme au catgut. Les expériences de M. Tuffier, je viens de le dire, n'avaient pas encore été publiées au moment de ma première opération. Ma façon de procéder dans celle-ci

m'avait servi de guide pour la seconde. L'hésitation n'est donc pas possible, et, si la suture dans le premier cas n'a pas bien tenu, c'est évidemment parce que, dans ma première tentative, j'avais employé du catgut nº 0, beaucoup trop faible pour ce qui était exigé de lui.

27. — Imperforation congénitale de l'anus et des uretères. — Création dans la région iliaque gauche d'un anus artificiel et d'une fistule de l'uretère.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 168.)

Après avoir, sur un nouveau-né atteint d'imperforation du rectum, tenté en vain de découvrir le boudin intestinal dans la région périnéale, je me décidai à exécuter l'opération de Littre, ou anus artificiel dans la région iliaque gauche ; mais le premier organe qui se présenta, après l'incision de la paroi abdominale, ce fut un cordon volumineux, blanc, d'où s'échappa après ponction un liquide semblable à de l'urine. *C'était l'uretère gauche.* Je le fixai à la paroi abdominale, et à côté de lui je suturai l'S iliaque. J'établis ainsi côte à côte un *anus artificiel* et une *fistule urinaire.* Telle fut *la première greffe cutanée de l'uretère.*

L'enfant étant mort quelques jours plus tard, l'autopsie montra que les deux uretères étaient malformés et imperforés.

28. — Greffe de l'uretère entre les lèvres d'une incision du flanc (chez une femme atteinte d'anurie absolue).

(*Congrès français de chirurgie*, 1889, p. 533.)

Une malade qui avait subi l'hystérectomie vaginale pour une tumeur maligne de l'utérus, au mois de septembre 1888, était entrée à l'hôpital Saint-Louis pour une anurie complète, datant de huit jours. Des masses cancéreuses sous-péritonéales comprimaient et oblitéraient les deux uretères. Je résolus *de mettre à découvert l'un de ces conduits et de le fixer à la paroi abdominale.*

Une longue incision oblique dans le flanc gauche permit de décoller le péritoine dans toute l'étendue de la fosse iliaque, d'isoler l'uretère, de le sectionner entre deux pinces au niveau du passage des vaisseaux utéro-ovariens et *de fixer l'extrémité inférieure du bout supérieur dans la plaie du flanc* (fig. 11). Un tube de caoutchouc engagé dans l'uretère conduisait l'urine dans un vase placé à côté de l'opérée.

Le liquide ainsi recueilli ne perdit à aucun moment son acidité normale. Sa quantité varia entre 700 et 1 300 grammes, le chiffre absolu de l'urée se tint entre 12 et 13 grammes par vingt-quatre heures. La mort, survenue au bout de treize jours, ne put donc être attribuée ni à de l'urémie proprement dite, ni à des complications opératoires, mais à une diarrhée

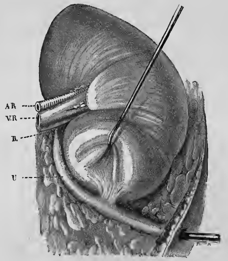


Fig. 11. — Uretère transplanté et s'ouvrant à la surface des téguments du flanc; une sonde y est introduite jusqu'au bassinet et porte l'urine au dehors.

U, Uretère ; B, bassinet ; AR, artère rénale ; VR, veine rénale.

due sans doute à ce qu'il y avait des ganglions cancéreux à la base du mésentère.

A l'autopsie, on trouva le péritoine, décollé pendant l'opération, entièrement réappliqué sur la fosse iliaque. *L'uretère avait gardé toute sa vitalité* malgré son isolement au cours de l'intervention. Les deux reins présentaient des lésions de néphrite interstitielle.

29. — Autre greffe cutanée de l'uretère.

(*Clinique chirurgicale*, 1904, p. 275.)

Des masses cancéreuses secondaires comprimaient les deux uretères dans le bassin. J'allai à la recherche de l'uretère gauche et je le fixai dans le flanc. Tandis que, dans le premier cas, l'opérée n'avait survécu que treize jours, dans le second *la survie fut de six mois,* et la malade succomba à la cachexie cancéreuse progressive. *Il ne se produisit pas de complications du côté du rein.*

La greffe de l'uretère dans le flanc, l'uretérostomie, peut parfaitement supporter la comparaison avec la néphrostomie, ou bouche rénale, trop exclusivement en faveur. Que l'incision rénale soit particulièrement indiquée dans le cas d'anurie calculeuse, lorsqu'on soupçonne l'obstruction de la partie la plus haute de l'uretère par une ou plusieurs concrétions, et qu'on espère pouvoir ramener ces concrétions vers le bassinet et les extraire ; qu'elle le soit encore lorsqu'il s'agit d'anurie réflexe et qu'on s'attaque au rein où sont logés les calculs, cause de cette anurie, rien de plus rationnel. Mais, quand la cause de l'obstruction réside dans l'étranglement des uretères par des masses cancéreuses intrapelviennes, quel avantage y a-t-il à s'attaquer au rein plutôt qu'à l'uretère ? L'urétérostomie n'est-elle pas une opération plus simple, n'entraînant pas d'hémorragies, *n'exposant nullement à la gangrène du conduit* (ma première opération l'a démontré avant l'expérimentation), créant une fistule placée plus en avant, par conséquent comportant des soins de propreté et des pansements plus commodes que l'opéré peut se donner lui-même ?

30. — Procédé d'occlusion des fistules stercorales recto-vaginales.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 589.)

Ce procédé, dans lequel on a voulu voir une émanation de celui de Fritsch, n'a aucun rapport avec celui-ci.

La principale cause d'échec des opérations dirigées contre les fistules recto-vaginales consiste dans l'infiltration des matières fécales entre les lèvres de la plaie opératoire réunies par des fils. Les meilleures

sutures ne s'y opposent pas toujours. J'ai donc combiné mon procédé de manière : 1° à dédoubler la paroi recto-vaginale ; 2° à disséquer deux lambeaux en croissant, l'un — le rectal — *à bord adhérent supérieur*, l'autre, — le vaginal, — *à bord adhérent inférieur* ; 3° à adosser les faces cruentées des deux lambeaux en les faisant glisser l'une sur l'autre en sens inverse ; 4° à créer ainsi du côté du rectum un *plan muqueux lisse* sur lequel les matières cheminent par en bas, *sans pouvoir aisément remonter entre les deux lambeaux* et infecter les surfaces d'affrontement.

Ce procédé convient surtout aux petites solutions de continuité. Il ne serait guère applicable ni aux très grandes ni à celles qui sont placées très haut dans le vagin.

31. — Procédé d'ostéotomie cunéiforme oblique du fémur pour l'ankylose vicieuse de la hanche.

(*Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894, p. 30, et *Arch. d'orthopédie*, 1895, n° 2.)

Ce procédé est une *variante de l'ostéotomie cunéiforme simple.* Celle-ci ne pare qu'à la flexion de la cuisse. En effet, si, après les sections osseuses, on place le membre en position normale, il se produit un bâillement entre les deux surfaces de la brèche angulaire du fémur; mais, si l'on a soin de faire la section inférieure *obliquement de dehors en dedans, d'arrière en avant et de bas en haut,* la coaptation des deux surfaces se fait d'elle-même dès qu'on ramène le membre à la position normale.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce procédé, c'est qu'il ne corrige pas le raccourcissement du membre ; mais ce serait se faire grandement illusion que d'attribuer sans réserve cet avantage à l'ostéotomie oblique simple. Il s'en faut que le membre obéisse toujours à la traction continue, dont le résultat devrait être de remettre les talons de niveau. Mes conclusions s'appuient sur plusieurs faits très favorables à l'ostéotomie cunéiforme oblique.

32. — Le plissement de la capsule articulaire du genou pour le traitement de la luxation récidivante de la rotule.

(*France médicale*, 1894, n° 15, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 avril 1894.)

Ce procédé très simple et efficace consiste à faire un pli aux tissus fibreux péri-articulaires et à la capsule articulaire elle-même sur le

côté opposé à celui où le déplacement se produit, et à rendre ce pli permanent au moyen de plusieurs anses de catgut n°s 3 ou 4, placées horizontalement à de courts intervalles à la base du pli et parallèlement à sa base, ou mieux, perpendiculairement à la direction générale du pli. Quelque temps auparavant, M. Ricard avait, à mon insu, pratiqué la plicature de la capsule articulaire scapulo-humérale pour une luxation récidivante de l'épaule. Ces deux procédés ont eu la bonne fortune, s'étant montrés efficaces, d'être adoptés par plusieurs chirurgiens de France et de l'étranger.

C'est dans le même ordre d'idées que, dès 1888, j'avais appliqué la plicature de la paroi abdominale au *traitement opératoire des hernies inguinales* (Voy. plus haut, p. 48).

IV. — INSTRUMENTS.

33. — Aiguille spéciale pour l'amputation de la langue.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 699.)

La courbure de cette aiguille est conforme à celle du dos de la langue. Elle facilitait le placement de l'anse galvanique en platine destinée à séparer la partie malalade par plusieurs sections combinées, à l'époque où cette méthode était employée couramment.

34. — Aiguille et rugines nouvelles pour la restauration des divisions du palais.

(*Études de clinique chirurgicale*, 1892, p. 132.)

Ces instruments sont représentés dans ma monographie sur les difformités congénitales de la face pages 116 et 121. L'aiguille offre ceci de particulier qu'elle bascule sur le manche et qu'elle revient vers l'opérateur. Alors celui-ci y accroche l'anse de fil métallique que présente l'aide.

La rugine *récurrente* est utile pour le décollement de la partie antérieure de la muqueuse, derrière les dents incisives, temps opératoire souvent très délicat.

35. — Instruments mensurateurs des fentes palatines et des moitiés du palais divisé.

(Monographie citée, p. 63.)

Cette mensuration a de l'importance pour déterminer les chances de succès de l'intervention et de rétablissement normal de la fonction phonétique ultérieurement. La parole sera d'autant plus correcte, que les moitiés du palais ont plus de longueur.

36. — Conducteur spécial pour la section de l'urètre membraneux d'arrière en avant dans l'urétrotomie externe.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 160.)

J'ai préconisé à cette date, après Demarquay, le procédé qui consiste, au cours de l'urétrotomie externe, à aller droit au bec de la prostate, qu'on prend comme point de repère *pour inciser l'urètre d'arrière en avant*. L'instrument en question, en forme de petite potence, dont la courte branche est insérée à angle aigu sur la branche principale, peut faciliter cette manœuvre. Dans une étude intéressante, le professeur Forgue, de Montpellier, recommande beaucoup cette façon de procéder (*Presse méd.*, 1903, nº 84).

37. — Instrument pour la taille vésico-vaginale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 207 et *Traité des maladies de la prostate et de la vessie*, p. 672.)

Avec cet instrument, la section de la paroi vésico-vaginale par le vagin se fait beaucoup plus sûrement et plus régulièrement qu'avec un bistouri agissant sans conducteur.

38. — Curettes pour l'extraction des calculs du rein.

(*Traité des affections chirurgicales des reins*, p. 638.)

De formes diverses, elles pouvaient faciliter les manœuvres à une époque où le manuel opératoire de la néphrolithotomie n'avait pas encore été aussi simplifié qu'il l'est maintenant.

39. — Pinces spéciales pour le pincement des ligaments larges dans l'hystérectomie (ablation de l'utérus) par la voie vaginale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 738, et *Traité de l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale*, par R. PICHEVIN, p. 31.)

L'histoire de ces pinces vaut peut-être que je m'y arrête un instant. De 1878 à 1882, l'hystérectomie vaginale, *exécutée en France en* 1828 *par Récamier*, est pratiquée en Allemagne par Czerny, Billroth, Schrœder, Martin, Olshausen. Péan, Demons et Dudon la réintroduisent en France (1882-1883). D'autres cas publiés par J. Bœckel, Tillaux, Terrier, Gillette, Le Dentu, Richelot, suivent de près avec des fortunes diverses.

La technique était encore mal réglée. Je travaillai la question sur le cadavre, et j'élaborai un procédé mixte consistant dans l'hémostase provisoire au moyen de *pinces spéciales* et de *ligatures multiples* des ligaments larges. L'hémostase provisoire avec les pinces pouvait devenir définitive par le maintien en place des pinces en cas de crainte d'hémorragie.

Que Zweifel, Freund, Péan, Spencer Wells aient fait de la *forcipressure* avec des instruments quelconques, de forme non précisée, ou en aient conçu la possibilité, prévu les avantages, dès 1880, 1881 ou 1882, le fait ne paraît pas contestable, mais il n'en reste pas moins certain que les *pinces spéciales* que j'ai présentées à la Société de chirurgie, en 1885 (*Bull.*, p. 738), possédaient *des formes qui sont devenues définitives*. Ce sont des pinces *à mors courbés sur le champ*, ayant 0m,06 de longueur. L'augmentation de la longueur des mors et de la solidité de l'instrument tout entier en a fait les pinces dites de Richelot, mieux adaptées au but, le fait est certain.

Il est vrai que celles-ci n'étaient plus destinées *à la simple hémostase provisoire* combinée à la ligature multiple, comme dans le procédé que j'avais étudié, mais à la forcipressure permanente et définitive. J'ajoute que Richelot ne s'est servi du modèle qui porte son nom qu'en 1886.

40. — Valve spéciale pour l'hystéropexie vaginale (fixation de l'utérus par le vagin).

(*Clinique chirurgicale*, p. 520.)

Cette valve se compose de trois parties fortement coudées les unes sur les autres. La coudure de la partie terminale peut être augmentée ou

diminuée au moyen d'une vis de rappel. Elle a été imaginée en vue de l'opération qui consiste à fixer la matrice déviée en arrière, derrière la vessie, sur la paroi antérieure du vagin.

Une fois le cul-de-sac péritonéal vésico-vaginal ouvert, on va à la recherche de l'utérus, et on introduit la partie terminale de la valve derrière la face postérieure de cet organe. Il suffit de faire jouer la vis de rappel pour exagérer la coudure du segment terminal et ramener l'utérus en avant. On peut maintenir l'instrument en place jusqu'à ce que les premiers fils fixateurs aient été posés.

C — TRAVAUX PRÉSENTANT DES APERÇUS NOUVEAUX ET DES FAITS RARES.

I. — PHYSIOLOGIE.

1. — De l'effort.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 425-449.)

Cette question de physiologie venait d'être rajeunie par les recherches poursuivies sous divers points de vue par Longet, Bouley fils, Maquet, Morel-Lavallée, Krishaber, Marey.

Considérant que l'effort est très variable dans son intensité et dans ses formes et que (pour adopter la classification de Verneuil) il peut être *général* ou thoraco-abdominal, *abdominal* ou expulsif, ou simplement *thoracique*, considérant encore que l'*occlusion de la glotte*, dont Is. Bourdon et J. Cloquet avaient fait la caractéristique de l'effort, n'est pas constante, mais bien contingente, je me suis arrêté à la définition suivante, qui s'inspire plus de la condition fondamentale de l'effort que de son résultat : « *C'est un ensemble de contractions musculaires ayant pour condition la fixation complète ou incomplète, générale ou partielle, du thorax, avec ou sans suspension de la respiration.* »

Une partie importante de cet article est consacrée à l'*influence de l'effort sur la circulation.* Dans une série de tracés du pouls pris avec divers sphygmographes, j'ai constaté des modifications de ce dernier différentes, je ne sais pourquoi, de celles que Marey avait enregistrées. Voici le résumé de ces observations :

Pendant la *respiration normale*, il se produit une légère accélération du pouls pendant l'inspiration et un faible ralentissement pendant l'expiration. La simple *suspension de la respiration sans effort* détermine un ralentissement notable des pulsations cardiaques.

Pendant l'*effort avec suspension de la respiration*, on observe ce qui suit :

1° Il y a d'abord ralentissement puis accélération des pulsations, puis de nouveau ralentissement quand l'effort cesse ;

2° La tension dans l'aorte est d'abord augmentée, puis diminuée, enfin augmentée de nouveau ;

3° Dans la radiale, la tension est augmentée, puis diminuée, puis augmentée de nouveau ;

4° Les pulsations cardiaques sont d'abord ralenties, puis elles s'accélèrent tardivement, et elles se ralentissent de nouveau quand la respiration reprend son cours physiologique.

D'autre part l'examen des conditions physiologiques du chant m'ont amené à affirmer la prédominance du diaphragme sur les autres muscles régulateurs de la respiration pendant cet effort spécial.

II. — ANESTHÉSIE. — ANTISEPSIE.

2. — Sur l'anesthésie par l'éther.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 422.)

3. — L'anesthésie générale chez les cardiaques.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. XLVII, p. 160.)

4. — Anesthésie générale. — Chloroformisation et éthérisation. Physiologie et technique.

(*Clin. chir.*, 1904, I, p. 1.)

5. — Anesthésie générale chez les cardiaques.

(*Clin. chir.*, 1904, III, p. 24.)

6. — Complications bronchopulmonaires de l'anesthésie générale.

(*Clin. chir.*, 1904, II, p. 12, et *Arch. gén. de méd.*, nouv. sér., 1906, t. I, p. 724.)

7. — Sur l'anesthésie générale par l'éther.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXI, p. 450.)

Dans ces diverses publications, j'ai insisté sur les faits et les déductions que voici :

1° De nombreuses et très importantes statistiques ont démontré que,

au point de vue de la mortalité immédiate, *le risque est quatre fois et demie moindre avec l'éther qu'avec le chloroforme* ;

2° L'anesthésie peut être obtenue *aussi rapidement* avec l'éther qu'avec le chloroforme ;

3° Si les vomissements du premier jour ne sont pas beaucoup plus rares, le plus ordinairements *ils ne se prolongent pas* au delà de vingt-quatre ou de trente-six heures. Jamais je ne les ai vus durer plusieurs jours, avec une persistance fatigante, comme à la suite de la chloroformisation ;

4° L'éther n'est *contre-indiqué* que chez les enfants très jeunes et chez les sujets ayant dépassé soixante ou soixante-cinq ans, chez ceux surtout qui sont atteints de catarrhe ou de simple irritation bronchique ;

5° Chez les sujets atteints de *lésions du cœur*, de celles naturellement qui ne sont pas assez développées pour exclure toute anesthésie par inhalation, l'éther est préférable au chloroforme à cause de son action stimulante ;

6° Ses *propriétés toniques* le recommandent pour les sujets affaiblis et dans les cas de septicémie aiguë ou subaiguë ;

7° Les *complications broncho-pulmonaires* qu'on voit parfois survenir à la suite de son emploi n'ont pas reçu généralement leur légitime interprétation. On en observe autant (plus même, au dire de certains auteurs) après l'emploi du chloroforme et même après certaines opérations abdominales *faites avec anesthésie locale ;*

8° Les vraies causes de ces broncho-pneumonies résident dans le *refroidissement*, dans l'*infection préalable ou post-opératoire.* Elles résultent aussi quelquefois, il faut le reconnaître, d'une susceptibilité spéciale des bronches, même chez de jeunes sujets ; mais *cette susceptibilité se retrouve aussi chez certains autres à l'endroit du chloroforme.* Si elle est plus fréquente à l'égard de l'éther, ce fait ne peut pas être considéré comme démontré rigoureusement ;

9° Enfin on doit admettre que la *défectueuse administration* de l'agent anesthésique (doses trop massives, masque trop petit d'où résulte une intense condensation des vapeurs) est une cause d'accidents pulmonaires avec laquelle il faut compter et qu'on a essayé avec succès d'écarter par la *méthode des gouttes* et par l'emploi d'*appareils régulateurs,* analogues à ceux qui ont été recommandés et qui s'emploient couramment pour le chloroforme.

8. — Des pansements antiseptiques.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 229.)

Par suite de diverses circonstances, parmi lesquelles les bons résultats fournis par le pansement ouaté d'Alphonse Guérin occupent la première place, l'essor de l'antisepsie listérienne ne se produisit en France que vers 1875 et 1876 sous l'impulsion de M. Lucas-Championnière. Ce fût à cette date que, l'un des premiers à Paris, j'embrassai sans réserve la nouvelle méthode, et cela me permit d'en prendre chaudement la défense dans une discussion importante qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1879.

Après avoir affirmé ce principe que la septicémie est loin d'être *une* dans ses causes, — à cette époque les diverses espèces microbiennes étaient encore assez mal différenciées, — j'en esquissai les principaux types cliniques, puis j'exposai les résultats de ma pratique antiseptique depuis 1876, mais surtout pendant plus de deux années d'exercice comme chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Certes ces résultats sont très inférieurs à ceux qu'on obtient actuellement dans la chirurgie courante, mais une pareille révolution exigeait quelque temps pour donner tous ses fruits. Nous n'étions pas encore assez sûrs de nous, de notre rigueur à appliquer les préceptes du maître. En tout cas, ma conviction était déjà profonde, et je concluais par cette phrase : « Je n'oserais pas aujourd'hui pratiquer une opération grave ou même de moyenne importance sans avoir recours à la méthode de M. Lister, ou au pansement ouaté de M. Guérin. »

9. — La part d'antisepsie nécessaire dans les opérations et dans le traitement des plaies.

(*Bull. méd.*, 12 déc. 1906.)

Dans cette leçon, j'ai essayé de mettre en lumière certaines vérités compromises *par l'emploi exclusif de l'asepsie.* Sans doute celle-ci est suffisante pour la préparation des instruments et des objets de pansement, au moins égale sous ce point de vue à l'antisepsie, mais elle reste notoirement au-dessous de sa tâche pour la désinfection des téguments — peau du malade et mains du chirurgien — pour le traitement des plaies infectées ou atones. Les antiseptiques sont ici d'une utilité indiscutable

par leur pouvoir neutralisant, complet ou incomplet, à l'égard des microbes et de leurs toxines, ou simplement par leurs propriétés stimulantes.

La vieille chirurgie savait les utiliser à ce dernier point de vue, en récourant largement au nitrate d'argent, au chlorure de chaux, à la teinture d'iode. Cette dernière substance, en particulier, jouissait dans la pratique journalière d'une faveur méritée. Son emploi en badigeonnages dans les anthrax, après leur incision et leur raclage, était chose banale, et il n'y avait pas de plaies atones, simples ou ulcéreuses, qui n'en connussent le contact répété. La vogue dont elle jouit en ce moment n'est donc pas pour surprendre beaucoup les hommes mûris ou vieillis dans la pratique.

III. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE CHIRURGICALE.

10. — Leçons sur la septicémie aiguë.

(*Hôtel-Dieu*, 1874 ; *Mouvement médical*, 1874, nº 40 et 43.)

De récents événements avaient permis de différencier plus complètement l'intoxication putride aiguë de l'infection purulente à abcès métastatiques viscéraux ; mais cette question était encore bien loin d'être éclaircie. Ces leçons avaient pour but d'accentuer cette différenciation d'après les documents cliniques trop nombreux que m'avait fournis ma campagne de chef d'ambulance.

11. — Les délires post-opératoires.

(*Études de clinique chirurgicale*, 1892, I, p. 37.)

Les chirurgiens en étaient arrivés à considérer toutes les formes de délire se produisant après les opérations comme se rattachant à l'alcoolisme. Ils avaient complètement rejeté dans l'oubli le délire nerveux des blessés que Dupuytren avait observé et signalé avec insistance. Douze observations de délires consécutifs à des interventions diverses, dans lesquels l'alcoolisme ne pouvait être pour rien m'ont fait revenir à la conception de Dupuytren et m'ont permis de classer les formes très variables de ces délires de la manière suivante : *délires hystériques, délires assimilables à la démence sénile, délires maniaques proprement dits* à type agité ou dépressif (lypémaniaque).

D'autres formes sont moins bien définies, formes agitées ou formes calmes, que les aliénistes et les neurologistes ont eu depuis lors de la tendance à rattacher à la dégénérescence mentale et à une prédisposition latente, interprétation qui nécessite encore quelques réserves.

A la grande variété des types correspond une variété plus grande encore des causes et des prédispositions. De sorte que, à tous les points de vue, on doit dire qu'il n'y a pas seulement un *délire post-opératoire,* mais bien *plusieurs délires post-opératoires.*

12. — Nouvelles considérations sur les troubles psychiques post-traumatiques et post-opératoires, à l'occasion d'un rapport sur une communication du Dr Picqué.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1911, t. XLVI, p. 241.)

Les mêmes idées sont reprises et développées sur des bases un peu différentes dans ce travail. Je m'y suis attaché particulièrement à bien définir les délires septicémiques, qui sont réels et que j'ai observés assez fréquemment pour en bien connaître les formes cliniques et les différencier des délires post-opératoires proprement dits. J'admets avec un peu plus de conviction l'influence de la prédisposition, mais en insistant sur ce point qu'elle est parfois si difficile à dépister qu'elle ne saurait toujours s'imposer avec une évidence irréfutable.

13. — Le choc traumatique. — Sa physiologie pathologique.

(*Clin. chir.*, 1904, IV, p. 36.)

14. — Le choc traumatique. — Ses formes cliniques.

(*Clin. chir.*, 1904, V, p. 51.)

15. — Le choc traumatique. — Son traitement.

(*Clin. chir.*, 1904, VI, p. 62.)

La conception du choc traumatique, telle que l'avaient établie les chirurgiens anglais, était fortement battue en brèche en France. Aux yeux de certains chirurgiens, ceux qui l'avaient décrit avaient été le jouet d'une apparence. On ne devait plus y voir que le produit complexe de l'hémorragie, de l'anesthésie et de l'infection.

Il était nécessaire de réagir contre cette tendance.

Dans une première leçon, j'ai essayé de dégager la *différenciation clinique* du choc ; j'ai montré comment l'expérimentation en avait révélé la *physiologie pathologique*, quelle physionomie il présentait à la suite des lésions des membres et des manœuvres expérimentales ou opératoires exercées sur la séreuse péritonéale et les organes abdominaux. J'ai terminé par un parallèle de la *théorie nerveuse* et de la *théorie de l'auto-intoxication*. Cette dernière, contenue implicitement dans les expériences de Brown-Séquard, reprise et confirmée par H. Roger, ressort avec plus d'ampleur et de certitude apparente de celles de Philippen. Ces expériences ne sont pas contraires à l'idée que le choc réside essentiellement dans une perturbation de l'influence du système nerveux, mais elles tendent à prouver que cette perturbation amène un ralentissement ou un arrêt des transmutations chimiques de l'organisme. Telle serait la source de l'auto-intoxication, et, comme celle-ci est sous la dépendance d'un trouble profond des fonctions nerveuses, c'est ce trouble qui domine la scène, et c'est en lui que réside le choc lui-même.

Donc, quelque interprétation qu'on lui donne, *le choc traumatique existe bien* tel qu'il a été compris et affirmé.

Dans une seconde leçon, j'ai montré les emprunts faits par la physiologie à la clinique pour révéler le *véritable mécanisme du choc*; j'ai étudié au point de vue clinique le *choc abdominal* externe et interne; j'ai recherché les rapports du choc avec les conditions extrinsèques et intrinsèques dans lesquelles se trouve le malade (durée de l'opération, température du milieu, hémorragie, anesthésie, état des organes, infections préexistantes, infections dont l'intervention est l'occasion).

Enfin, dans une troisième leçon, j'ai groupé tout ce qui a été dit et écrit sur le *traitement du choc*, et j'ai fait connaître d'intéressantes recherches poursuivies à l'étranger sur ce sujet. Puis j'ai discuté la question de savoir dans quelle mesure le choc causé par un traumatisme accidentel constituait une contre-indication à toute intervention primitive.

J'ignore si cette étude approfondie a ramené vers la croyance au choc les esprits qui s'en étaient éloignés; mais j'estime avoir fait œuvre utile en mettant la question au point, en soutenant les données cliniques par l'appoint très important que l'expérimentation leur a fourni dans ces dernières années.

16. — Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma.
(*Congrès franç. de chir.*, Lyon, 1894, p. 78.)

17. — Nouvelles considérations relatives à l'épithélioma leucoplasique.
(*Congrès franç. de chir.*, 1896, p. 17.)

18. — Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma.
(*Rev. de chir.*, 1896, p. 921.)

Dans ces deux communications et dans ce mémoire, j'ai poursuivi la démonstration rigoureuse et plus complète d'un fait déjà signalé par les chirurgiens d'abord, puis par les histologistes, à savoir la *transformation éventuelle en cancer des plaques blanches de la muqueuse buccale*, dites plaques des fumeurs (lèvres, joues, langues), et je crois avoir contribué à la connaissance de cette très importante corrélation. Au point de vue anatomo-pathologique, j'ai eu la bonne fortune de démontrer *la présence de globes épidermiques dans des plaques n'offrant pas encore les apparences de la dégénérescence cancéreuse.* N'est-ce pas la mise en lumière scientifique de cette vérité clinique sur laquelle Trélat avait beaucoup insisté, que l'extirpation des plaques tant soit peu suspectes devait être très précoce?

Voici les conclusions du travail qui résume toutes mes recherches sur ce point :

1° Les rapports de l'épithélioma avec la leukokératose méritent une attention particulière ;

2° Les diverses variétés de cette affection ne sont peut-être pas toutes également prédisposées à la transformation ;

3° Les recherches histologiques ont montré qu'elle est caractérisée essentiellement par l'hyperkératinisation de l'épithélium des muqueuses ; que le développement de l'épithélioma est souvent précédé par une dékératinisation partielle suivie d'infiltrations cellulaires, mais *qu'il peut aussi se faire au-dessous et au milieu des couches cornées* ;

4° Les faits que je rapporte, sans compter ceux dont j'ai gardé un souvenir moins précis, me font penser que la transformation maligne des plaques *doit être assez fréquente* ;

5° Si certains épithéliomas leucoplasiques de la langue ont des allures

comparables à celles des épithéliomas ordinaires de cet organe, si celui de la joue paraît aussi grave que ceux qui ont un autre point de départ, peut-être à la langue et aux lèvres *la maladie a-t-elle de temps à autre une évolution un peu spéciale et offre-t-elle une sévérité moindre que le cancroïde vulgaire* ;

6º Lorsque des plaques anciennes ou de nouvelle formation sont atteintes de dégénérescence épithéliomateuse *à peu de distance d'un point déjà opéré*, la cicatrice et les parties avoisinantes *peuvent rester indemnes* de toute nouvelle altération ;

7º Si la transformation épithéliomateuse de la leukokératose ne doit pas être considérée comme une phase inévitable de la maladie, on peut et on doit penser qu'*elle est déterminée par une prédisposition inhérente à la leukokératose elle-même* ;

8º Dans le traitement des plaques simples, les moyens purement médicaux ne doivent pas être proscrits ; mais l'expectation prolongée offre toujours quelques risques. *Toute modification représentée par un développement papillomateux, une fissuration, une exulcération* ayant résisté à quelques attouchements au moyen du thermocautère ou d'une solution faiblement caustique, *rend l'intervention chirurgicale nécessaire.* Pour être efficace, *celle-ci doit être précoce et radicale.*

IV. — APPAREILS ET VISCÈRES.

19. — Variété rare de fracture du col chirurgical de l'humérus.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 132.)

Il s'agit d'un déplacement exagéré du fragment inférieur qui remonte notablement et fait une forte saillie sous les téguments, après avoir dilacéré le muscle deltoïde.

20. — Les lésions de la moelle diaphysaire chez les sujets atteints de tumeurs blanches.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 150, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 477.)

On connaissait le ramollissement et la fluidité de la moelle envahie par la stéatose ou état graisseux, mais on n'avait pas dit que la moelle pût

disparaître entièrement. Alors, après une amputation, la régénération médullaire est impossible. C'est pourquoi, pour éviter des fistules intarissables, j'ai conseillé, sans vouloir cependant généraliser cette pratique systématiquement, la désarticulation du segment de membre placé au-dessus de l'articulation malade. J'avais fait une désarticulation de l'épaule et une désarticulation de la hanche dans ces conditions ; les deux malades avaient guéri sans complications.

21. — Abcès lymphangitiques profonds à marche chronique.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 162.)

C'étaient des abcès de l'avant-bras, survenus, en apparence du moins, après des écorchures à la main. De ce fait j'avais rapproché un autre cas d'abcès lymphangitique chronique développé sur un malade qui portait une *ostéite fongueuse* à la main du côté opposé. J'ai voulu voir alors dans ces deux cas de la lymphangite chronique simple; mais rétrospectivement j'estime que j'ai contribué à l'histoire de la *lymphangite tuberculeuse.*

22. — Variété peu commune d'engorgement de la mamelle.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 600.)

Il s'agit d'une forme d'engorgement à peine signalée antérieurement, qui pourrait être prise facilement pour un cancer diffus du sein à forme inflammatoire ; mais ma malade a guéri complètement après une compression méthodique. J'ai observé plusieurs autres cas confirmatifs de celui-ci et très différents de la mammite proprement dite.

23. — Conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.
(*Journal de thérapeutique de Gubler*, 1876, p. 485, 531 et 569.)

A l'époque où parut ce travail, la *laparotomie* commençait seulement à prendre une place dans le traitement de l'étranglement interne. Une thèse soutenue à Paris, en 1872, celle de Delaporte, et plusieurs travaux publiés à l'étranger, en Angleterre surtout, avaient imprimé une nouvelle impulsion à cette question de premier ordre. J'entrepris l'analyse

et la critique de ces travaux en vue d'établir solidement les bases *des indications et contre-indications respectives de l'ouverture du ventre et de l'anus artificiel.* Je résumai mes idées de la manière suivante :

« Toutes les fois que l'agent de l'étranglement, ou la cause de l'obstruction, est *extérieur à l'intestin* (brides pleines ou creuses, cicatricielles ou épiploïques, nœuds diverticulaires, orifices normaux ou anormaux, hernies internes, tumeurs), la *gastrotomie* ou *laparotomie* est indiquée en principe. Au contraire, toutes les fois que l'état anatomique de l'intestin est tel que *l'agent d'étranglement ne peut être supprimé, ni la cause matérielle de l'étranglement écartée, l'entérotomie seule est rationnelle* à titre de ressource suprême et comme répondant à l'indication la plus pressante, qui est de vider l'intestin au-dessus du point d'arrêt des matières (rétrécissements, polypes, dégénérescences diverses, etc.). En ce qui concerne le volvulus ou torsion, et l'invagination, la question est plus délicate. »

C'est que, en effet, pour ce dernier accident surtout, l'expectation n'avait pas donné de très mauvais résultats (27 p. 100 sur les 557 cas empruntés à la statistique de Lichtenstern), et l'on pouvait se demander si la laparotomie ferait beaucoup mieux. Aujourd'hui on n'en douterait plus, mais l'intervention précoce seule offre des chances sérieuses de succès.

Actuellement comme jadis, la question du diagnostic prime tout; diagnostic absolu et complet à peu près impossible dans beaucoup de circonstances, ce qui justifie les audaces devenues d'ailleurs très banales de la laparotomie exploratrice.

Dominé par cette idée, j'ai partagé toutes les éventualités de la clinique *en trois groupes* :

1° Cas où un diagnostic précis est possible ;

2° Cas où l'on peut arriver à un diagnostic probable ;

3° Cas où un diagnostic certain ou même probable est impossible.

Suivent de minutieuses indications relatives au manuel opératoire des deux opérations et l'affirmation énergique de la nécessité des interventions précoces.

24. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature.

Congrès franç. de chir., 1895, p. 224.)

25. — Des anus contre nature accidentels ouverts dans le vagin.

(*Congrès franç. de chir.*, 1898, p. 325.)

26. — Trois cas d'anus contre nature (vaginal, ombilical, inguinal).

(*Congrès franç. de chir.*, 1901, p. 521.)

27. — Traitement des fistules stercorales et des anus contre nature.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXIV, p. 428.)

Le premier de ces travaux renferme une *classification des fistules stercorales* et des *anus contre nature* étroits ou larges, qui peut être de quelque utilité dans la pratique. Il est surtout consacré à la réhabilitation de la méthode de Dupuytren (*entérotomie*, que j'appelle *kentrotomie*), trop délaissée pour des raisons insuffisantes, et qui, en tout cas, au point de vue de la mortalité, se montre très avantageuse, par rapport à la résection intestinale encore très grave en 1895. A ce moment, les 3,54 p. 100 de mortalité après la kentrotmie, suivie ou non d'autoplastie de l'orifice, s'opposaient aux 26,49 p. 100 de la résection.

J'ai rappelé que le traitement opératoire des petites fistules était loin d'être simple et qu'il pouvait même être dangereux. J'ai fait valoir l'excellence de la méthode de Dupuytren dans beaucoup de cas ; mais j'ai affirmé pour certains autres la *nécessité d'opérations commc l'entérorraphie latérale* (que j'ai proposé de faire après la destruction de l'éperon) et la *résection* avec suture bout à bout.

Fort heureusement, le pronostic de cette dernière est devenu moins sévère depuis cette époque; mais il y a encore à compter sérieusement avec le péril qu'elle comporte.

Dans les deux communications qui suivent ont été rapportées des observations d'*anus contre nature vaginal* que j'avais pu guérir, malgré leur grande étendue et certaines complications très spéciales, par la suture à deux plans précédée par des applications de l'entérotome ; j'ai mentionné aussi un *anus ombilical* guéri par la kentrotomie et un *inguinal* pour lequel la résection s'est finalement montrée indispensable.

28. — Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1909, t. LXII, p. 289.)

Le diagnostic des tumeurs du ventre offre quelquefois des difficultés particulières. Ceci est vrai surtout quand des masses inflammatoires développées dans l'épaisseur de la paroi intestinale, dans le gros intestin spécialement, prennent des apparences de tumeurs malignes.

Ce travail est basé sur l'observation très complexe d'un malade chez qui toute une série de symptômes, et particulièrement une tuméfaction considérable de la région ombilicale de l'abdomen, avaient fait croire à l'existence d'une néoplasie cancéreuse très étendue et déjà difficilement opérable. La disparition rapide de ces masses par un traitement très simple, dans lequel le repos au lit entrait pour une grande part, trancha définitivement la question.

A cette occasion, je recherchai dans la littérature médicale, les faits, d'ailleurs peu nombreux, qu'il était permis de rapprocher de celui-ci. Indépendamment des périgastrites qui ont été signalées depuis plusieurs années déjà, et de ces épiploïtes dont il a été question plus haut, je découvris des appendicites chroniques hyperplasiques (Lejars), des péricolites adhésives (Potherat), une péricolite hyperplasique (Lambert), des colites interstitielles (Hartmann), des sigmoïdites et des périsigmoïdites (Mayor, Louis), des colites et des péricolites de sièges divers, des péricolites adhésives et hyperplasiques (Lœper), en un mot beaucoup de faits où l'erreur de diagnostic avait été commise ou bien près de l'être. Il est à remarquer que la localisation de ces masses inflammatoires à développement chronique ou subaigu autour du *côlon transverse* reste tout à fait exceptionnelle. C'est pourquoi j'ai dû insister avec une certaine complaisance sur la valeur démonstrative du cas qui m'était personnel.

29. — Sur l'appendicite et son traitement.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXV, p. 327.)

30. — Appendicite et colite muco-membraneuse.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 542.)

31. — Infection et intoxication dans l'appendicite.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898, t. XL, p. 412.)

32. — De la nécessité des interventions très précoces dans le traitement des appendicites.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLI, p. 343.)

33. — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. LXVIII, p. 585.)

34. — Sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1906, t. LV, p. 677.)

Les six documents qui précèdent renferment mes opinions sur les points les plus importants de l'histoire de l'appendicite. Frappé des graves inconvénients qu'il y aurait à présenter la temporisation comme une règle absolue, j'ai dit, suivant dans cette voie mon collègue Dieulafoy, qu'il faudrait pouvoir opérer toutes les appendicites franches pendant les vingt-quatre premières heures. Il faut, en tout cas, s'attacher à reconnaître celles qui, sous des dehors bénins, sont la conséquence ou la cause d'une infection ou d'une intoxication profonde. Pour ces formes-là, l'intervention aussi hâtive que possible, à chaud, offre plus de chances de salut que l'expectation. J'ai renouvelé l'expression de cette opinion en 1902. Il y avait opportunité à le faire, car, après une longue période pendant laquelle l'opération à froid avait joui d'une vogue exagérée, une réaction s'était produite peu à peu, et actuellement les temporisateurs les plus convaincus admettent l'opération à chaud pour certains cas particulièrement graves.

Quand on a la chance de pouvoir intervenir dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures, s'il ne s'est pas produit d'emblée une large perforation et une péritonite généralisée, le succès est fréquent. Ceci n'est plus douteux pour personne, que je sache.

Un autre point que j'ai tâché d'élucider, c'est celui des rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite. Pour n'être pas très fréquente, cette relation n'est pourtant pas contestable; mais alors c'est surtout à l'appendicite chronique que le chirurgien à affaire, appen-

dicite chronique infiniment plus fréquente que certains auteurs n'ont voulu le reconnaître, qui exige souvent l'intervention, mais qui est susceptible de guérison sans intervention; qui est loin de se rattacher toujours à la colite muco-membraneuse, mais qui est fréquemment en relation avec la constipation et, par conséquent, avec la colite chronique ou la typhlite chronique simple; qui, enfin, disparaît souvent après que l'appendice a été supprimé.

Le calme s'est fait sur ces questions passionnantes depuis qu'il a été établi que la vérité n'est pas dans l'application trop large, trop constante, des opinions extrêmes.

35. — Des kystes du pancréas.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 197-214.)

En 1865, l'histoire générale des kystes du pancréas n'était pas même ébauchée. Il n'en était question que d'une façon très discrète dans certains traités d'anatomie pathologique. Or, à cette époque, M. Théophile Anger avait présenté à la Société anatomique un kyste du pancréas dont la nature et le siège avaient été déterminés de la manière la plus précise. Chargé de faire un rapport sur ce cas, j'y adjoignis une observation très complète que j'avais recueillie dans le service du Pr Grisolle, en 1862, tandis que j'étais l'un de ses externes.

La tumeur avait été prise pour un kyste du foie et traitée comme telle par la méthode de Récamier, et malheureusement sa mobilité avait empêché la formation d'adhérences solides, après plusieurs applications de caustique de Vienne, et une péritonite aiguë avait emporté le malade en quelques jours. L'autopsie montra que le kyste s'était développé dans la tête du pancréas.

Ces deux faits très analogues, surtout au point de vue de la pathogénie, furent le point de départ de l'étude générale anatomo-pathologique et clinique que je fis alors de ces sortes de tumeurs. Je pus, en comparant les uns aux autres les cas de Morgagni, de Lobstein, de Bécourt, de Stœrk, de J. Cruveilhier, de Cornil, établir avec ces observateurs une distinction entre les kystes acineux et les kystes par dilatation du canal de Wirsung, entre les kystes multiloculaires et les kystes à cavité unique.

De plus j'essayai pour la première fois de tracer les règles qui permettraient, à l'occasion, de faire le diagnostic d'une affection aussi excep-

tionnelle. Ayant été frappé, dans le cas qui m'était personnel, de la mobilité du kyste, de son siège profond et surtout du bruit hydro-aérique dû à la présence de l'estomac en avant de la tumeur, j'attribuai à ces signes, au dernier particulièrement, une valeur considérable. On conçoit cependant qu'il puisse faire défaut quand l'estomac ne contient que des gaz ou quand il est aplati de dedans en dehors par la tumeur entre la paroi abdominale.

Au point de vue du traitement, on en était réduit, à cette époque éloignée, à la méthode de Récamier; mais les grands risques qu'elle comportait n'avaient été démontrés que trop complètement par l'application malheureuse qui en avait été faite sur le malade de Grisolle.

V. — MÉDECINE OPÉRATOIRE ET INSTRUMENTS.

36. — Le traitement ambulatoire des fractures.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 296, et antérieurement *Thèse de doctorat* de Lapeyre, Paris, 1893-1894, nº 185.)

C'étaient les premiers essais faits à Paris de traitement des fractures de jambe sans immobilisation au lit, au moyen d'appareils en plâtre fabriqués d'une façon spéciale conformément à la méthode de Dollinger (de Budapest). L'idée a été reprise ultérieurement et suivie par mes collègues Reclus et Pierre Delbet.

37. — Implantation d'os décalcifié dans les cavités osseuses pathologiques et à la suite des ablations d'os.

(Voy. *Thèse de doctorat* de Buscarlet, Paris, 1891-1892, nº 4 ; *Études de Clin. chir.*, p. 22-227, et *Congrès franç. de chir.*, 1893, p. 245.)

Sayre (de New-York) avait employé ce moyen, mais sous la forme de petits fragments. Kümmel (de Hambourg) avait procédé plus largement en substituant un fragment déjà volumineux à un petit os, comme le premier métacarpien, enlevé en entier. J'allai plus loin en bourrant de grandes cavités osseuses avec autant de longues et épaisses lamelles qu'il en fallait pour les combler, et en remplaçant de cette façon des groupes d'os, comme le carpe et le tarse.

La greffe d'os mort ne persiste pas; le fait fut parfaitement démontré

dès le début de ces essais. Elle disparaît inévitablementet en entier; mais (les expériences de Buscarlet, mon interne, l'ont bien établi), dès sa mise en place, elle *devient le siège d'une infiltration active par les leucocytes et les cellules médullaires* provenant des tranches voisines de l'os. Ces cellules se transforment en tissu fibreux bien avant que la résorption de la greffe se soit entièrement accomplie, et ce tissu peut lui-même se transformer partiellement en tissu osseux, ou du moins se calcifier.

Après avoir eu recours bien souvent à cette méthode depuis mes premières tentatives, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Résultats médiocres, *à la suite des substitutions totales* dans les cas d'ostéites tuberculeuses du carpe ou du tarse, ou de résections des os longs sur une certaine longueur.

Résultats parfois *excellents*, d'autres fois simplement assez satisfaisants après l'obturation des cavités d'évidement pour ostéomyélite ou tuberculose, mais surtout pour l'ostéomyélite diaphysaire. Dans ces cas, j'ai obtenu des guérisons absolues en moins de trois semaines, après suture des téguments par-dessus la cavité obturée et drainage temporaire. J'ai obtenu des guérisons plus lentes, mais encore complètes, après l'obturation des cavités de l'extrémité inférieure du fémur, si rebelles à tous les traitements. Plusieurs applications d'os décalcifié ont été quelquefois nécessaires. Parfois aussi, il faut le reconnaître, cette méthode a échoué entièrement, comme du reste toutes les autres méthodes d'obturation osseuse.

38. — Traitement des plaies artério-veineuses.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881.)

Dans ce travail lu devant la Société de chirurgie, mais resté inédit par suite de perte de mon manuscrit, j'ai développé cette idée que, s'il s'agit de la blessure d'une grosse artère et d'une grosse veine, la ligature des quatre bouts doit être faite d'emblée, et que le même traitement convient s'il se produit des hémorragies répétées quelques jours après la blessure de vaisseaux moyens.

39. — Anévrysme traumatique du tronc tibio-péronier guéri par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1905, vol. LIII, p. 365.)

Le siège de la dilatation artérielle était tel que l'extirpation du sac devait inévitablement entraîner la gangrène de la jambe ; il eût fallu, en effet, interrompre la circulation dans toutes les branches de division et dans les principales collatérales du tronc péronier; or la circulation anastomotique n'avait pas eu le temps de se constituer.

Après quelques jours de douce compression directe combinée avec la flexion moyenne de la jambe sur la cuisse, je mis à profit la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné préconisée et employée avec succès par MM. Lancereaux et Paulesco pour le traitement des anévrysmes des grosses artères du thorax et de la base du cou, et je fis à ce blessé six injections sous-cutanées de 200 grammes de sérum gélatiné parfaitement stérilisé, à cinq ou six jours d'intervalle. J'obtins ainsi une guérison complète, et je pus montrer le malade à la Société de chirurgie, dans un état absolument satisfaisant (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXI, p. 295).

Cette méthode ne peut pas être substituée systématiquement à la méthode sanglante, qui a donné, en somme, de très beaux résultats ; mais on peut prévoir les cas où celle-ci exposerait trop au péril de la gangrène et où le malade ne pourrait pas supporter l'anesthésie générale. Le sérum gélatiné, *employé prudemment, mais aussi à doses suffisantes*, pourrait y suppléer avantageusement.

40. — Anévrysme de l'artère axillaire gauche traité par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1911, p. 198.)

Autre application de cette méthode qui, après dix injections de 180 à 200 centimètres cubes, amena dans la poche des changements favorables se traduisant par une diminution de près de moitié en longueur et en largeur. De $0^m,075$ en longueur sur $0^m,05$ de largeur, elle s'était réduite finalement à $0^m,043$ sur $0^m,033$, et ces résultats se sont maintenus.

41. — Extraction d'une balle logée dans le lobe frontal du cerveau.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVIII, p. 480.)

Un homme s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite. La plaie superficielle, parties molles et os compris, avait été explorée, débarrassée des esquilles, désinfectée, mais le projectile n'avait pas été extrait. L'appareil de Contremoulins montra le projectile logé dans le lobe frontal droit, tout près de la faux du cerveau, à 0m,028 au-dessous des téguments.

Au cours d'une trépanation frontale, le corps étranger fut trouvé exactement au point indiqué et fut extrait sans difficulté. Le malade guérit et est resté guéri.

La radiographie, aidée d'appareils de recherche aussi précis, peut donc rendre de grands services dans la chirurgie cérébrale. Elle a modifié les idées d'abstention que j'ai défendues tant qu'il a été impossible de préciser, par la clinique ou autrement, la situation des projectiles dans l'encéphale.

42. — Traitement des névralgies du nerf sous-orbitaire par le procédé de Wagner modifié.

(*Arch. gén. de méd.*, 1898, t. I, p. 309.)

Dans ce travail, mon interne, M. Urbain Guinard, a rapporté un assez grand nombre de névralgies faciales de sièges divers que j'avais traitées par la section, l'arrachement et la résection du nerf malade. Il a insisté particulièrement sur plusieurs cas de névralgie sous-orbitaire que j'ai opérés par un procédé voisin de celui de Wagner (*résection intra-orbitaire*). Mon procédé consiste, une fois la paupière inférieure incisée sur le rebord orbitaire et l'œil relevé dans une sorte de cuiller ronde, fabriquée exprès, à dégager le nerf maxillaire inférieur *jusqu'au delà de la fente ptérygo-maxillaire, en le chargeant sur une petite gouge allongée et étroite*, coupante à son extrémité, au moyen de laquelle *on sectionne les nerfs dentaires postérieurs*, avant de couper le nerf sous-orbitaire le plus loin possible avec de fins ciseaux pointus. Cette section se fait ainsi *à peu de distance du ganglion sphénopalatin.* Quand les lésions, cause de la

névralgie tenace, ne siègent pas dans le ganglion de Gasser, la résection nerveuse, pratiquée aussi complètement, donne des résultats durables.

43. — Traitement opératoire des déviations profondes de la cloison nasale par l'abrasion au moyen de la gouge et du maillet.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, p. 123.)

Mes premières opérations remontent à une époque où ce genre d'intervention n'avait pas été couramment mis en pratique (1880-1881). Je l'ai appliqué même à des déviations profondes de la cloison osseuse. La communication entre les deux fosses nasales par un orifice étroit, qui peut en résulter, ne m'a paru présenter aucun inconvénient.

44. — Manuel opératoire de l'ostéotomie du maxillaire supérieur comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 730, et *Nouveau traité de chirurgie*, fasc. XV, p. 140.)

Déjà, en 1893, j'avais fait une communication au Congrès français de chirurgie sur ce sujet; mais mon travail, remis trop tard, n'a pu être inséré.

On sait que la saillie exagérée de l'os intermaxillaire tordu sur lui-même, dans le cas de division palatine unilatérale compliquée de bec-de-lièvre, crée un obstacle sérieux au nivellement de l'arcade alvéolaire et à la réparation du bec-de-lièvre concomitant. Le procédé du refoulement avec fracture produite à l'aveuglette n'est rien moins que sûr ; il demeure toujours incomplet, et la saillie persiste en partie. Duplay avait eu l'excellente idée de remettre l'os intermaxillaire saillant de niveau avec le maxillaire supérieur de l'autre côté de la fente, par l'ostéotomie oblique du palais, en arrière de la partie proéminente. J'ai repris l'idée et je me suis attaché *à régler de la manière la plus précise* non seulement cette ostéotomie, qui doit rester sous-périostique, mais encore le passage des fils métalliques destinés à maintenir la coaptation pendant tout le temps nécessaire pour la consolidation définitive. Les résultats que ce procédé m'a fournis m'ont toujours donné toute satisfaction.

45. — Traitement de la grenouillette par les injections de chlorure de zinc déliquescent.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 459, et *Clin. chir.*, 1904, XXVII, p. 332.)

C'est une modification de la méthode de M. Théophile Anger (injection dans la poche de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième). J'ai donné la préférence au chlorure de zinc à l'état de déliquescence.

J'injecte de II à IV gouttes de ce liquide, suivant les dimensions de la poche, *sans la vider au préalable.*

Au bout de quatre à cinq jours, suivant la réaction, ponction avec un bistouri et introduction d'un petit drain de caoutchouc, allant jusqu'au fond, muni d'une collerette oblique plus commode qu'un fil, qui l'empêche de se perdre dans la poche. Ce drain sera laissé en place jusqu'à bourgeonnement de la paroi et cicatrisation complète de la poche.

J'ai obtenu ainsi la guérison dans des cas de grenouillette très volumineuse, sans récidive ultérieure.

46. — Œsophagotomie interne en plusieurs séances par la méthode des scarifications, ou petits débridements répétés.

(*Communication à l'Acad. de méd.*, 22 juin 1877.)

Partant de cette donnée que l'œsophagotome de Maisonneuve est le seul qui convienne pour les rétrécissements portant sur une grande longueur du conduit, mais considérant comme dangereux cet instrument dont les lames trop larges peuvent facilement dépasser l'épaisseur de la paroi œsophagienne, j'ai fait faire *trois paires de lames de largeurs graduées,* de manière à sectionner superficiellement ou profondément, à volonté, à procéder par *scarification* ou par section proprement dite. On peut ainsi, en plusieurs séances suffisamment espacées, porter graduellement la dilatation au degré nécessaire, sans exposer le malade aux mêmes risques qu'avec les grandes lames, seules employées jusqu'alors.

L'œsophagoscopie a remis en honneur, dans ces derniers temps, cette méthode très délaissée et l'instrumentation que j'avais recommandée. Il a suffi de *rendre rectiligne* le conducteur primitivement courbé. L'œil peut maintenant diriger les lames, en rendre l'action plus précise, partant

infiniment moins périlleuse. On peut même dire qu'elle ne l'est presque plus du tout, en s'appuyant sur les statistiques démonstratives de M. Guisez. Pour le traitement des rétrécissements cicatriciels et congénitaux, l'œsophagotomie interne en plusieurs séances, par débridements superficiels, s'est classée parmi les procédés les plus sûrs.

47. — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 29, et *Traité de la gastrostomie* de L.-H. Petit, p. 249.)

La première gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage avait été exécutée en 1849 par Sédillot. Jusqu'en 1878, 36 autres opérations du même genre avaient été publiées. Sur ce nombre, 8 fois l'opération avait été motivée par un rétrécissement *non cancéreux*. De sorte que mon intervention du 3 janvier 1878 pour un rétrécissement purement cicatriciel ne pouvait avoir le caractère d'une nouveauté ; elle ne l'avait que très relativement, en ce sens que *je n'avais été précédé, en France, que par deux opérateurs*: Jouon (1872), Verneuil (1876). Je ne parle pas de l'intéressante observation de M. Léon Labbé, qui eut pour but l'extraction d'un corps étranger (fourchette avalée).

Mon sujet était un jeune homme de vingt-trois ans, qui avait tenté de se donner la mort en ingérant de l'ammoniaque. Son affaiblissement était malheureusement très prononcé quand il entra dans mon service. Il présentait de l'hypothermie (35°,6 le matin de l'opération).

Il mourut de choc deux jours après, sans infection péritonéale. L'autopsie le démontra, en même temps qu'elle révélait une coarctation presque totale de l'œsophage occupant une grande partie de sa longueur. L'estomac rétracté n'avait pu être ouvert pendant l'opération qu'au voisinage du pylore, à $0^m,03$ ou $0^m,04$ au-dessus de cet orifice.

Cette rétraction peut être si prononcée qu'on éprouve beaucoup de difficulté à amener l'estomac entre les lèvres de la plaie. Une fois je dus me contenter (*cas inédit*) d'inciser et de fixer la première portion du duodénum (duodénostomie de nécessité). Les lésions de l'estomac étaient si profondes que la muqueuse, détruite dans presque toute son étendue, et les couches sous-jacentes, avaient subi un commencement de transformation fibreuse.

48. — Cure radicale d'une énorme éventration par l'excision large de la paroi abdominale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 680, et *Études de Clin. chir.*, p. 275.)

L'opération consista à supprimer un large segment ellipsoïde de la paroi antérieure de l'abdomen, depuis l'appendice xiphoïde du sternum jusqu'au pubis. L'excision fut faite graduellement par temps successifs, après l'introduction, par une incision médiane préablable, d'une éponge plate qui s'étala en avant de la masse intestinale. Des fils d'argent furent passés au fur et à mesure d'un côté à l'autre des tranches de section et serrés immédiatement. Ils comprenaient toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Il en fallut *cinquante* pour la suture totale. La malade guérit sans complications et eut depuis lors un enfant sans dystocie.

Je crois bien qu'à l'époque aucune excision aussi vaste n'avait été faite pour le cas d'éventration. Même les plus vastes que j'aie pratiquées ultérieurement n'ont jamais eu la même importance.

49. — De l'anus artificiel sur le cæcum.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XII, p. 335.)

Pillore, de Rouen, avait le premier établi un anus artificiel *sur le cæcum* ; et son procédé n'avait guère trouvé d'imitateurs. En 1887, je communiquai plusieurs cas de ce genre à la Société de chirurgie. Malgré les objections qu'on a pu élever contre cette façon d'assurer l'issue des matières stercorales accumulées, elle reste une opération utile pour certains cas déterminés, dont les principaux sont :

1° Le siège de l'obstacle dans la partie haute de l'anse sigmoïde, dans la portion ascendante ou transverse du côlon, ou dans la partie haute du côlon descendant ;

2° L'ignorance où l'on est de la cause de l'obstruction, si l'on ne croit pas devoir faire la laparotomie. L'incision de la paroi abdominale au côté droit du malade permet de choisir entre le cæcum et l'intestin grêle, en se basant sur la distension gazeuse.

Si le cæcum n'est pas franchement distendu, c'est l'intestin grêle qu'il faut ouvrir. Seulement, pour être sûr de ne pas manquer le cæcum, il est nécessaire de porter l'incision, non pas à une faible distance de l'arcade

de Fallope, comme dans le procédé de Nélaton, mais *sensiblement plus haut*, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Habituellement l'anus cæcal fonctionne aussi bien que l'anus iliaque (colostomie), et même, dans ce dernier cas, il y a à compter davantage avec la constipation.

50. — Curage du lobe gauche de la prostate pour le traitement d'une tuberculose limitée de cet organe.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 155.)

C'était alors le second cas de ce genre. La guérison s'ensuivit. Depuis cette date, cette opération est devenue banale.

51. — Deux cas de taille vésico-vaginale pour cystite purulente douloureuse. Restauration ultérieure de la cloison vésico-vaginale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 102 et 384.)

Le traitement des cystites douloureuses par la création d'une large fistule vésico-vaginale n'avait guère été employé en France. Chez la première de mes deux malades, la fistule fut maintenue six mois ; chez la seconde, qui était atteinte d'urétérite à droite et de tuberculose pulmonaire, la restauration de la closion vésico-vaginale n'eut lieu qu'après quinze mois.

Dans les deux cas, la guérison des accidents vésicaux fut obtenue, très franchement dans le second, un peu moins complètement dans le premier. Il persista de la fréquence des mictions, mais d'une façon irrégulière et par périodes. La grande nervosité de la malade y était peut-être pour quelque chose ; mais ce symptôme disparut entièrement au bout de quelques mois.

52. — Quatre cas de taille hypogastrique par cystite tuberculeuse.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 152.)

Il y avait peu de temps que cette opération avait été introduite dans la chirurgie. Ces quatre interventions améliorèrent notablement l'état

des malades. *Deux fois je maintins systématiquement la fistule hypogastrique (cystostomie sus-pubienne).*

53. — Contribution à l'histoire de l'extraction des calculs du rein.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 194, et *Bull. de thérap. méd. chir.*, 1882, p. 337.)

Il a déjà été question des deux faits rapportés dans ce travail : d'une part, *incision d'une très considérable collection purulente rénale et extraction par fragments d'un gros calcul* du poids de 32 grammes ; d'autre part, *tentative de néphrolithotomie réduite au débridement de la capsule propre du rein* et au ponctionnement explorateur multiple de l'organe.

Je rappelle seulement que ces deux faits, qui remontent à 1881 et 1882, ont été, avec ma première néphrectomie, le prélude du mouvement chirurgical concernant la chirurgie rénale, qui n'a eu son plein développement en France que plusieurs années après.

54. — Néphrectomie pour une fistule urinaire inguinale résultant de l'incision d'une hydronéphrose, suivie de guérison.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 1412, et *Arch. gén. de méd.*, 1884, p. 641.)

Il a déjà été question de ce fait plus haut. Je rappellerai seulement ici que la première néphrectomie avait été faite en France par Léon Le Fort, trois mois auparavant et sans que j'en eusse connaissance, pour une fistule urétérale consécutive à une ovariotomie ; l'opérée avait succombé rapidement.

Mon opération fut la *seconde* en date et fut suivie de succès. Elle consista dans l'*extirpation du rein avec le sac rétracté de l'hydronéphrose* et dans des débridements profonds de la fistule inguinale. L'ancien trajet drainé jusqu'à sa partie la plus élevée se combla entièrement au bout d'un certain temps. *L'opéré est resté en excellente santé jusqu'à ce jour.*

55. — Hystérectomie par la voie vaginale pour un cancer de l'utérus.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 738.)

Cette opération fut une des premières exécutées en France. Elle avait suivi de près celles de Demons, Péan, Dudon, Tillaux, Terrier, Trélat

et Gillette. J'avais employé un système de ligatures étagées, posées sur les ligaments larges avant leur section, au moyen d'aiguilles mousses recourbées, cannelées sur le dos et à chas largement percé, que j'avais fait construire tout exprès. J'ai reconnu depuis lors que ce procédé était compliqué, et je me suis rallié à l'emploi des pinces à demeure pour l'hémostase définitive.

56. — De la cure dite radicale du varicocèle d'après 15 observations personnelles. — Exposé d'un procédé d'excision du scrotum.

(*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1887, p. 14 et 92.)

Ce travail se compose de deux parties principales. La première a pour objet l'*examen critique de certains procédés de cure radicale.* La seconde se subdivise en deux chapitres, dont l'un est l'exposé de *sept nouvelles observations de varicocèles opérés*, et dont l'autre fait connaître dans ses détails un *procédé nouveau d'excision du scrotum* par lequel je pense avoir simplifié le manuel opératoire. J'y ajoute la description de ce que j'appelle l'*excision combinée.*

Parmi les procédés seuls dignes d'examen à cette époque, j'ai étudié surtout la ligature des veines avec ou sans excision, et le procédé de Horteloup que j'avais employé avec de bons résultats dans 6 cas sur 8.

L'*excision du scrotum à temps successifs* que j'ai imaginée peut s'exécuter sans appareil instrumental, sauf mes *pinces à hystérectomie vaginale*, que j'utilise de la manière suivante :

Après avoir refoulé les testicules le plus haut possible, je place une des pinces sur le scrotum, le bec tourné vers le périnée, la concavité en haut. A une distance d'un centimètre en dedans de cette concavité, je traverse de part en part le scrotum avec quatre ou cinq crins de Florence. J'excise alors avec un bistouri tout le pli de scrotum qui dépasse le bord convexe des pinces, et immédiatement je serre et je noue les crins de Florence.

Je répète ce temps opératoire deux fois encore, en me rapprochant de la racine de la verge.

Ce que j'appelle l'*excision combinée* consiste *à faire d'abord l'excision du faisceau veineux à la sortie du canal inguinal* et à pratiquer ensuite la résection des bourses. On doit s'arranger pour que la ligne de section

de cette dernière vienne se confondre à sa partie supérieure avec l'extrémité inférieure de l'incision inguinale.

Ma pratique, basée sur mes quinze premières opérations et sur un grand nombre d'autres qui les ont suivies, m'a conduit aux conclusions suivantes :

1º L'opération fondamentale pour le traitement du varicocèle consiste dans l'excision plus ou moins étendue du principal faisceau veineux inguinal ;

2º A cette excision, on doit ajouter un résection plus ou moins large des bourses, si celles-ci sont plus ou moins pendantes, résection limitée ou portant sur toute leur hauteur depuis le périnée jusqu'à la racine de la verge, ou mieux jusqu'à la région inguinale ;

3º L'excision combinée me paraît assurer très complètement l'exécution de cette intervention complexe.

57. — De la vagino-fixation utérine pour le traitement des rétrodéviations. (En collaboration avec M. R. Pichevin.)

(*Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1895.)

Le nombre de mes publications relatives aux déviations de l'utérus en arrière montre de quelle constante préoccupation cette question a été l'objet de ma part. Question éminemment délicate, complexe, et qui ne comporte pas une solution unique. Aussi mes tâtonnements ont-ils été nombreux. Opération d'Alexander, raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, hystéropexie abdominale, vagino-fixation, toutes ces opérations pouvant se combiner avec l'amputation du col et la vagino-périnéorraphie, j'ai tout employé, et je suis arrivé à cette conviction que les raccourcissements intra-abdominaux des ligaments, ceux surtout que l'on associe à l'amputation du col et aux opérations plastiques sur le vagin et le périnée, représentaient la méthode la plus digne de confiance.

La fixation de l'utérus à la paroi antérieure du vagin, après ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, est une opération intéressante à laquelle, M. Pichevin et moi, nous avons tâché d'apporter quelques perfectionnements ; mais elle a le tort de trop bien réaliser cette fixation et de trop faire basculer l'utérus en avant.

II. — NOMENCLATURE GÉNÉRALE.

A. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. — Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

(*Thèse de doctorat*, Paris, 28 décembre 1867.)

Déjà analysé précédemment (p. 10).

2. — Note sur l'origine des veines intramusculaires du membre supérieur.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, 1868, p. 364.)

Déjà analysé précédemment (p. 11).

3. — Note sur un ligament non décrit du péricarde (ligament costo-péricardique) (par MM. Le Dentu et Lannelongue).

(*Arch. de phys. norm. et pathol.*, t. I, 1868, p. 448.)

Déjà analysé antérieurement (p. 36).

4. — Veines caves (anatomie et physiologie).

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VI, 1867, p. 600-609.)

Les recherches relativement récentes de Claude Bernard sur les anastomoses de la veine cave inférieure avec la veine porte, soit directes comme chez le cheval, soit indirectes par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques, méritaient une mention spéciale dans cet article consacré à un point d'anatomie classique.

La partie physiologique consiste particulièrement dans la discussion de la théorie des courants rétrogrades, qui, d'après Claude Bernard, entraîneraient le sang de la veine porte vers les veines rénales,

par l'intermédiaire de la veine cave inférieure, théorie qui fut réfutée en 1859 par Mac Donnell.

5. — Anomalie du squelette du pied (cunéiforme surnuméraire).
(*Bull. de la Soc. anat.*, 2[e] série, 1869, t. XIV, p. 13.)

6. — Deuxième cas de dédoublement du premier cunéiforme.
(*Bull. de la Soc. anat.*, 2[e] série, 1869, t. XVI, p. 546.)

7. — Physiologie de l'effort.
(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 425-449.)

Travail analysé plus haut (p. 60).

B. — CHIRURGIE GÉNÉRALE SÉMÉIOTIQUE. — ANESTHÉSIE. — ANTISEPSIE.

8. — De la claudication.
(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VII, p. 758-774.)

Cette étude de séméiotique ne devait pas empiéter sur le domaine de la pathologie descriptive. L'auteur n'a eu qu'un but : ramener des généralités un peu vagues en elles-mêmes à quelques formules concises.

« La claudication est une irrégularité de la marche qui réside essentiellement dans l'inégalité des oscillations verticales du corps et dans la répétition à chaque pas des phénomènes caractéristiques du type observé. »

L'analyse des formes ou des types divers de la claudication fait mieux comprendre les lois de la statique humaine. Avec celle des causes, elle permet d'établir la valeur diagnostique et la valeur pronostique des particularités concourant à la constitution des types et de formuler quelques règles de traitement très générales, les seules qui puissent figurer dans un travail de cette nature.

9. — La chirurgie actuelle et les contre-indications.
(*Clin. chir.*, 1904, t. VII et VIII, p. 73 et 88.)

Quelque merveilleux qu'aient été les résultats fournis par la pratique de l'antisepsie et de l'asepsie, il y a une limite à leur pouvoir. Les enthou-

siastes du début l'ont quelquefois méconnu. La révolution qui a bouleversé la chirurgie a parfois obnubilé en eux le sens des réalités. Le but de cette leçon a été de montrer « dans quelle mesure l'immense progrès réalisé avait reculé les bornes de l'action opératoire », mais aussi dans quelle mesure il fallait maintenir les *contre-indications* que la prudence et de frappants insuccès dus aux mauvaises conditions dans lesquelles se faisaient les opérations avaient imposées à l'ancienne chirurgie.

10. — Sur l'anesthésie par l'éther.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 422.)

11. — L'anesthésie générale chez les cardiaques.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. XLVII, p. 160.)

12. — Anesthésie générale. — Chloroformisation et éthérisation.

(*Clin. chir.*, 1904, I, p. 1.)

13. — Anesthésie générale chez les cardiaques.

(*Clin. chir.*, 1904, III, p. 24.)

14. — Complications bronchopulmonaires de l'anesthésie générale.

(*Clin. chir.*, 1904, II, p. 12, et *Arch. gén. de méd.*, nouv. série, t. I, p. 724.)

15. — Sur l'anesthésie générale par l'éther.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXI, p. 450.)

16. — Rapport sur quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation communiquées par le Dr Houzel.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 212.)

17. — De l'emploi des anesthésiques pour la trachéotomie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 267.)

La conclusion de ce rapport avait été que l'état d'asphyxie en général ne constituait pas une contre-indication absolue, mais que, dans le cas d'obstruction du larynx, l'emploi de l'anesthésique ne pouvait pas être systématiquement généralisé ; qu'on devait se régler sur le degré de l'asphyxie, sur le plus ou moins de rapidité du procédé opératoire

choisi, et je recommandais d'observer avec soin l'effet des premières inhalations pour juger de l'opportunité de continuer ou de suspendre.

Cette question était véritablement très neuve en France.

Je n'avais pas pu trouver dans les recueils français 10 observations de trachéotomie ou même de laryngotomie faites avec chloroformisation. A l'étranger, les cas étaient plus nombreux ; j'ai présenté dans mon second travail l'analyse des travaux où ce point était sérieusement discuté.

18. — Sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.
(A l'occasion d'un travail de M. Henri Girard.)

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1902, t. XXVIII, p. 915.)

19. — Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers.
(Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, *France méd.*, 1882, p. 329 et 361.)

20. — Du traitement des plaies infectées.
Recherches expérimentales sur le formol et le parachlorophénol.
(*Congrès internat. des sc. méd. de Moscou*, 1897, sect. IX, Chir., p. 337, et *Rev. internat. de thérap. et de pharmacol.*, 1898, n° 6, p. 201.)

21. — La part d'antisepsie nécessaire dans les opérations et dans le traitement des plaies.
(*Bull. méd.*, 12 décembre 1906.)

22. — De la révulsion interstitielle au moyen des injections sous-cutanées de nitrate d'argent.
(*Bull. de la Soc. clinique*, 1877, p. 57, et *France méd.*, 1877, p. 225 et 243.)

Voyez plus haut, page 43.

23. — Des contre-indications de la réunion immédiate dans les amputations.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 627.)

Il s'agissait de l'amputation des membres *frappés de gangrène*. Quoique les idées aient extraordinairement marché depuis lors, il existe encore des cas où la réunion immédiate serait une imprudence, que la mortification des tissus soit en cause, ou que telle autre circonstance que la gangrène ait porté atteinte à leur vitalité.

24. — Présentation de deux moignons d'amputation de cuisse suivant le procédé de Gritti.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 454.)

Ce procédé, qui consiste à scier le fémur à $0^{m},07$ au-dessus de la surface articulaire des condyles, à aviver la face postérieure de la rotule et à la rabattre en arrière avec le vaste lambeau qui la contient dans son épaisseur, de manière à l'adapter à la tranche du fémur, donne d'excellents résultats, en permettant à l'amputé d'appuyer son moignon sur le plateau du pilon. La marche est rendue ainsi infiniment plus facile, et la pression de l'extrémité du moignon sur l'appareil ne cause pas de douleurs.

25. — Opération de Pasquier-Le Fort pour la rectification d'un moignon d'amputation.

(*Études de clin. chir.*, p. 226.)

C. — LE TRAUMATISME ET SES COMPLICATIONS.

26. — Leçons sur la septicémie aiguë.

(*Mouvement médical*, 1874, n°s 40 et 43.)

Voyez plus haut, page 64.

27. — Phlegmon gangreneux de la région fessière. Considérations sur les gangrènes d'emblée.

(*France méd.*, 28 juillet 1877.)

28. — Des amputations dans la gangrène foudroyante.

(*Rev. de méd. et de chir.*, 1878, p. 739.)

A l'époque où ce travail vit le jour, — ce fut une communication au Congrès pour l'avancement des sciences de 1878, — il semblait qu'il n'y eût rien à tenter contre ces gangrènes foudroyantes, érysipèles bronzés de Velpeau, dont on ne connaissait nullement les causes véritables. Le fait que j'avais observé démontrait qu'une intervention très précoce pouvait arrêter la marche de cette redoutable complication. Il s'agissait de la désarticulation de l'épaule exécutée sur un jeune homme chez qui

la gangrène et l'infiltration gazeuse remontaient déjà jusqu'au tiers supérieur du bras. La guérison fut prompte et survint sans complications.

Depuis cette époque, les cas du même genre se sont multipliés et ont montré que l'intervention offrait de sérieuses chances de succès.

29. — Les injections intracérébrales de sérum antitétanique.

(*Congrès franç. de chir.*, 1898, p. 2, Discours d'ouverture.)

Exposé de la méthode inaugurée à l'Institut Pasteur et qui, à cette date, promettait plus qu'elle n'a tenu.

30. — Sur les injections préventives de sérum antitétanique.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1908, t. LIX, p. 617.)

Bien que la preuve de l'efficacité de cette méthode soit difficile à faire pour l'homme, j'ai déclaré y croire à cause des résultats très remarquables obtenus chez les animaux. D'autre part, ces injections ont paru agir réellement sur les très nombreux blessés auxquels elles ont été faites depuis dix ans dans mon service ; il est probable que, sans elles, un certain nombre de cas de tétanos se seraient déclarés. Tout compte fait, il m'a paru qu'il n'y avait aucun inconvénient sérieux à les mettre en pratique, malgré quelques rares accidents locaux qu'elles occasionnent.

31. — Les emphysémes en chirurgie. — Leçon clinique.

(*Concours médical*, 1907, p. 826.)

32. — Le choc traumatique. Sa physiologie pathologique.

(*Clin. chir.*, 1904, IV, p. 36.)

33. — Le choc traumatique. Ses formes cliniques.

(*Clin. chir.*, 1904, V, p. 51.)

34. — Le choc traumatique. Son traitement.

(*Clin. chir.*, 1904, VI, p. 62.)

Travaux analysés plus haut (p. 65).

35. — Des délires post-opératoires.

(*Méd. moderne*, 1891, nos 4 et 5, et *Études de clin. chir.*, 1892, I, p. 37.)

Voyez plus haut, page 64.

36. — Délires post-opératoires.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, t. XXIV, p. 520.)

Dans ce nouveau travail, j'ai insisté sur ce fait que ces troubles psychiques post-opératoires m'avaient paru se développer plutôt chez les femmes et consécutivement à des opérations sur l'appareil génital.

37.—Nouvelles considérations sur les psychoses post-opératoires.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1911, t. LXVI, p. 245.)

Ces considérations, où se retrouvent mes idées déjà exprimées sur cette question, ont été développées à l'occasion d'un rapport sur un travail de M. Picqué.

38. — Hystéro-traumatisme vraisemblable. — Paralysie incomplète des quatre membres.

(*Études de clin. chir.*, p. 249, obs. 29.)

39. — Aphasie hystéro-traumatique.

(*Études de clin. chir.*, p. 250, obs. 30.)

40. — Tachycardie provoquée par un traumatisme.

(*Méd. moderne*, 28 janvier, 1892, p. 45.)

41. — Des complications broncho-pulmonaires post-opératoires.

(*Bull. de l'Internat*, 22 février 1906, n° 3, et *Arch. gén. de méd.*, 1906, t. I, p. 724.)

Travail analysé plus haut (p. 62).

42. — Deux cas d'opérations sur des femmes enceintes sans conséquences fâcheuses.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, t. II, p. 523.)

43. — Brûlures et froidures.

(*Traité de chir. clin. et opérat.*, t. I, p. 226 et 248.)

Exposé didactique de ces questions, avec un soin particulier donné à l'analyse des altérations du sang et de la physiologie pathologique des accidents graves en rapport avec ces lésions.

D. — NÉOPLASMES EN GÉNÉRAL BÉNINS ET MALINS. TUBERCULOSE.

44. — De la myotomie sous-cutanée comme moyen de traitement des douleurs causées par certaines exostoses.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 408.)

Voyez plus haut, page 45.

45. — Sur un cas de fracture spontanée d'une exostose ostéogénique du fémur.

(*Études de clin. chir.*, p. 173.)

Leçon à la suite de laquelle le fragment flottant fut extirpé et l'exostose abrasée. Guérison suivant la règle.

46. — Sur le traitement des tumeurs érectiles, à l'occasion d'une communication de M. Th. Anger.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1900, t. XLIII, p. 173.)

Travail qui contient la critique et la comparaison de tous les procédés employés jusqu'alors. Dans certains cas, l'extirpation est le procédé le plus sûr et le plus rapide. Le thermocautère et l'électrolyse m'ont paru dignes de conserver une part importante dans ces traitements.

47. — Sur le traitement des tumeurs érectiles par le radium.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, t. XXXV, p. 1286.)

Malgré les résultats absolument remarquables obtenus par cette méthode nouvelle, j'ai fait des réserves relativement aux avantages de l'extirpation avec le bistouri, méthode rapide et définitive, digne de la préférence quand la région où siège la tumeur se prête bien à son application.

48. — Sur l'origine parasitaire supposée du cancer.

(*Congrès franç. de chir.*, 1891, p. 503.)

Cette note, présentée au nom de M. Fabre-Domergue et au mien, conclut au rejet de la théorie parasitaire, qui s'appuyait sur de trompeuses

apparences, et explique les ressemblances qu'on a cru reconnaître aux altérations des tissus avec des coccidies, par de simples altérations cellulaires. Elle ne rejette pas cependant la possibilité de l'origine parasitaire, sous une forme quelconque, des néoplasies épithéliales ; mais à cet égard aucune donnée certaine n'a été émise jusqu'à ce jour.

49. — Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma.
(*Congrès franç. de chir.*, Lyon, 1894, p. 78.)

50. — Nouvelles considérations relatives à l'épithélioma leucoplasique.
(*Congrès franç. de chir.*, 1896, p. 17.)

51. — Le traitement des épithéliomes par la pyoktanine.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 325.)

Les badigeonnages des surfaces ulcérées avec du bleu de méthylène à 1 p. 300 m'ont paru modifier favorablement les parties touchées, sans exercer une action profonde sur la masse. Donc moyen palliatif d'une certaine valeur, mais rien de plus.

52. — Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes.
(*Gaz. des hôp.*, 1896, nº 17.)

53. — Sur la sérothérapie du cancer, à propos du sérum de Wlaeff.
(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1900, 3e série, t. XLIV, p. 636.)

54. — Traitement non opératoire des tumeurs malignes.

Ces trois publications correspondent à une même préoccupation : dégager la valeur réelle des méthodes de sérothérapie du cancer préconisées pendant les années précédentes.

Ces méthodes dérivent de deux idées mères :

1º Provoquer un érysipèle par l'injection de la toxine du streptocoque de l'érysipèle classique ;

2º Appliquer à la cure du cancer les règles générales de la sérothérapie.

La première de ces idées a une origine empirique. On avait vu l'érysipèle guérir ou modifier plus ou moins profondément certaines productions malignes. Ne pourrait-on pas obtenir le même résultat par des inoculations de culture ou de toxine du streptocoque de l'érysipèle ?

Ricord inocula l'érysipèle lui-même. Fehleisen utilisa la culture du streptocoque ; Coley, la toxine du streptocoque associée à celle du *Micrococcus prodigiosus* ; Emmerich et Scholl, le sérum du mouton, après injection de la culture du streptocoque dans le tissu conjonctif de l'animal.

D'autre part, partant de l'hypothèse de la spécificité du cancer, Ch. Richet et Héricourt immunisèrent un âne par des injections successives de suc cancéreux dilué dans de l'eau et injectèrent le sérum de cet âne dans le tissu cellulaire de sujets atteints de cancer. Tel fut le début de la sérothérapie proprement dite. Les tentatives de Hotman de Villiers et de Wlaeff, celles de Doyen, s'inspirèrent de la découverte de *blastomycètes* et d'un microbe spécial, le *Micrococcus neoformans*, à qui ces expérimentateurs reportaient tout le mal.

Puis vinrent les essais de Jaboulay avec le bichlorhydrate de quinine, les ferments de De Backer, le sérum d'Adamkiewicz.

Tous ces moyens ont donné des résultats appréciables, quelquefois même frappants, ce qui prouve qu'aucun n'est spécifique. Ils agissent comme des sérums quelconques, comme le sérum antidiphtérique, qui lui aussi amène parfois des modifications profondes dans les néoplasmes, le plus souvent passagères et n'ayant rien de commun avec ce qu'on peut appeler une guérison même temporaire. Du moins ce résultat, acceptable dans quelque mesure pour ce qui concerne certains sarcomes, est tellement rare pour les cancers proprement dits qu'on n'en parle guère plus comme d'une chose possible. En réalité, *la sérothérapie du cancer, si tant est que c'est de cette méthode que viendra le succès, est encore toute à découvrir.*

L'exposé de ces méthodes et la critique des résultats cliniques observés font l'objet de la deuxième des leçons cliniques que j'ai consacrées à cette passionnante question.

55. — Sarcomes des os multiples d'emblée. Manifestations viscérales secondaires.

(*Union méd.*, 1er, 17 et 20 février 1877.)

56. — Sarcomes hématiques des parties molles et des os.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, p. 888.)

Diagnostic clinique parfois délicat, quand la tumeur est très liquide et ne bat pas. Gravité de ces cas. Dans l'un, récidive pleuro-pulmonaire de forme également hématique (Voy. plus loin un travail sur *les anévrysmes des os*).

57. — Chondrosarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Désarticulation de la cuisse.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 587.)

La tumeur s'était développée primitivement dans le condyle interne du fémur, mais avait gagné une partie de cet os. La circonférence du membre était de $0^{m},64$ dans la région la plus volumineuse. La malade, âgée de cinquante ans et déjà un peu cachectisée, ne résista malheureusement pas à l'opération.

58. — Myxochondrome branchial de la région submaxillaire droite.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXXI, p. 1108.)

Le groupe des tumeurs du cou d'origine branchiale se consitue peu à peu. Elles se séparent de plus en plus des tumeurs des ganglions avec lesquelles ont les avait confondues. Celles de la région submaxillaire offrent un intérêt particulier, à cause du voisinage de la glande submaxillaire qui a quelquefois avec elles d'étroites connexions, et plus encore à cause de leur rareté. Elles se présentent dans cette région sous des formes diverses. Tantôt c'est un épithéliome réalisant le type de l'épithéliome branchiogène (j'en ai observé plusieurs cas), tantôt c'est une tumeur mixte rappelant les productions du même genre qui occupent le plus ordinairement la glande parotide et le voile du palais.

Le cas que j'ai soumis à la société de chirurgie démontre que l'indépendance de ces tumeurs à l'égard de la glande peut être absolue.

La malade, que j'avais opérée le 9 novembre 1904, avait cinquante-neuf ans. La tumeur, mobile sous les téguments, avait les dimensions d'une noix sèche; son apparition datait de deux ans. Pendant l'opération

je reconnus qu'elle était séparée des tissus voisins par une sorte de coque d'un blanc mat.

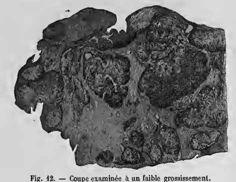


Fig. 12. — Coupe examinée à un faible grossissement.

Le tissu néoplasique est formé de tissu muqueux, très fortement teinté par suite de sa métachromasie, et de tissu cartilagineux qui se détache en clair.

L'examen microscopique montra que cette coque *était formée exclusi-*

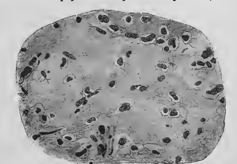


Fig. 13. — Coupe examinée à un grossissement moyen.

Le tissu cartilagineux est formé d'une masse de chondro-mucoïde finement fibrillaire parsemée de cellules irrégulières, à cytoplasma souvent fusionné.

vement par du tissu fibreux. Le tissu gris rosé du néoplasme offrait par-

tout la même apparence ; il n'était creusé de lacunes dans aucun point, ni ramolli. Les coupes y révélèrent deux substances différentes par leurs propriétés histochimiques et optiques (fig. 11 et 12).

« La première substance a un aspect réticulé ; elle renferme un petit nombre de cellules irrégulièrement ramifiées, anastomosées les unes avec les autres ; elle reproduit donc les traits essentiels de la structure du tissu muqueux.

« La seconde diffère nettement de la précédente par sa réfringence et son hyalinité, ainsi que par ses réactions histo-chimiques. Elle comprend une substance ayant les caractères du chondro-mucoïde, et des cellules de forme variable, souvent confluentes entre elles. L'aspect est par conséquent celui du cartilage néoplasique à cellules ramifiées. Il faut signaler cependant un aspect fibrillaire de certains points de la masse cartilagineuse.

« Enfin, il est à remarquer que les deux formations sus-indiquées sont reliées entre elles par des transitions insensibles et qu'elles semblent représenter ainsi les stades successifs d'une même évolution. En résumé, cette tumeur appartient à la catégorie des myxochondromes à cellules ramifiées. »

L'origine branchiale de cette tumeur me fut révélée par son siège spécial et par sa structure. Un commencement de récidive eut lieu deux ans après environ et nécessita une seconde opération. La guérison semble définitivement acquise, car elle s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Ce cas m'ouvrit les yeux sur la nature de plusieurs tumeurs que j'avais observées jadis et mal interprétées. Je les envisageai rétrospectivement, sous leur véritable jour, dans la communication suivante.

59. — Plusieurs observations d'épithéliomes branchiaux.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXXI, p. 1133.)

Ces divers cas avaient été l'objet d'une leçon déjà ancienne sur les néoplasmes primitifs des ganglions (Voy. *Études de Clin. chir.*, V, p. 95).

60. — Sur le diagnostic de l'actinomycose.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1904, t. II, p. 11 et 259.)

Le diagnostic de l'*actinomycose* doit être toujours fondé sur la constatation des éléments caractéristiques, et non sur des ressemblances avec

les productions de ce genre dûment identifiées. Même de la part des observateurs les plus compétents, cette façon de procéder ne saurait être acceptée.

E. — TUBERCULOSE EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER.

61. — Tuberculose et abcès froids.

(*Traité de chir. clin. et opér.*, t. I, p. 327-353.)

Article didactique pour notre *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, où est exposé tout d'abord l'état actuel de la question de la tuberculose, en général. Puis vient l'étude des abcès froids.

A propos de leur traitement, j'insiste beaucoup sur les injections d'éther iodoformé pour les cas où l'extirpation, conseillée par Lannelongue, est impraticable ; or elle l'est fréquemment.

62. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour la tuberculose locale.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 145, et *Gaz. des hôp.*, 11 oct. 1889.)

On était encore en pleine période de rénovation de la chirurige des tuberculoses locales. Des faits précis et un peu nouveaux à certains égards attiraient encore l'attention à cette époque.

Ce travail est divisé en deux parties :

1° *Considérations générales relatives aux résultats des opérations motivées par des tuberculoses chirurgicales.*

Cette partie de la question étant très vaste, je ne me suis arrêté que sur certains points.

« Il est de la plus grande importance, écrivais-je alors, de réduire aux proportions exactes la portée d'une sorte d'axiome qui domine depuis plusieurs années le traitement des tuberculoses chirurgicales. Cet axiome, c'est que la suppression d'un foyer isolé de tuberculose considéré comme primitif doit mettre le sujet à l'abri de la généralisation, comme si l'apparition de ce foyer était véritablement la preuve de la fixation, dans un point de l'économie, de tous les bacilles qui s'y seraient introduits par une voie quelconque. Cet axiome est d'autant plus spécieux que la

clinique a démontré d'une manière irréfutable l'efficacité fréquente, sinon constante, des opérations *complètes* et *précoces.* »

J'ai voulu protester ainsi contre la tendance à croire qu'il suffisait de supprimer un foyer *par l'extirpation* pour mettre le sujet à l'abri des accidents ultérieurs. Les autres méthodes de traitement *sans extirpation* fournissent des résultats tout autant définitifs, ainsi que les méthodes purement médicales pour les formes qui ne ressortissent en rien à la chirurgie.

Les *lésions pulmonaires peu avancées* sont présentées dans ce travail comme une indication des interventions plutôt que comme une contre-indication.

La crainte de provoquer des poussées de tuberculose dans des organes éloignés, par suite d'une espèce de métastase, quoique basée sur quelques faits positifs, mais peut-être mal interprétés, ne doit pas arrêter ordinairement la main du chirurgien.

2° *Faits spéciaux.* — *a.* Indications résultant des dégénérations secondaires de la moelle diaphysaire causées par les tuberculoses articulaires (partie de ce travail reprise ailleurs et analysée plus haut, p. 68);

b. Résultats éloignés des opérations dans le cas de rein tuberculeux (néphrectomie pour rein tuberculeux — opération encore rare à cette époque — suivie d'une guérison prolongée).

3° *Quatre cas de taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse* (Voy. plus haut p. 83).

4° *Du curage de la prostate tuberculeuse* (Voy. plus haut, p. 83).

63. — Les tuberculoses externes et leur traitement.

(*Études de clin. chir.*, II, p. 57.)

Exposé rapide de leurs formes diverses et des traitements qui leur conviennent dans l'état actuel de la science. A noter que, en ce qui concerne les tuberculoses ganglionnaires, je m'attache à bien tracer les limites de l'opérabilité et à faire leur part légitime aux méthodes conservatrices trop délaissées alors. L'extirpation ne convient pas à tous les cas, il s'en faut. « Soyez sobres de cette chirurgie dont les résultats ne sont souvent pas brillants, » disais-je à mes élèves. Depuis cette époque, une réaction s'est faite en rapport avec ces idées de prudence et ces réserves.

64. — Kyste séreux provenant de la transformation d'un ancien abcès froid d'origine costale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 491.)

Ce kyste était situé dans la partie supérieure du dos, en dedans de l'omoplate. Il était réuni à la quatrième côte par du tissu fibreux. Son origine tuberculeuse m'a été démontrée par un abcès froid symétriquement placé pour lequel j'avais déjà soigné ce malade.

65. — Observations d'affections tuberculeuses traitées par des injections de tuberculine.

(*Études de clin. chir.*, p. 294 et suiv.)

Quelques faits où l'on peut constater certaines apparences d'amélioration, mais pas assez nettes pour que j'aie été encouragé à continuer mes essais.

66. — Traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1903, t. L, p. 468.)

Un cas, cité dans le cours d'une discussion, peu favorable à cette méthode à laquelle je n'ai plus eu recours.

F. — CHIRURGIE DES SYSTÈMES ET DES APPAREILS.

1. — MALADIES DES OS.

67. — Le traitement des fractures.

(*Clin. chir.*, 1904, XI, p. 122.)

Dans cette leçon, cette très importante question n'est pas traitée absolument à fond. On y trouve seulement un résumé de mes opinions et un reflet de mes tendances.

Sur ce terrain, deux points arrêtent particulièrement l'attention : le *massage*, le *traitement sanglant*.

Relativement à ces innovations, auxquelles il faut joindre le traite-

ment déambulatoire, j'ai écrit cette phrase : « La cause des novateurs est gagnée, à considérer les choses d'une façon générale; mais sur certains points les conservateurs gardent leurs positions. » Donc des restrictions sont nécessaires.

Le *traitement déambulatoire* des fractures du membre inférieur, que j'ai introduit en France, est de la part de plusieurs chirurgiens l'objet d'un emploi courant (Voy. plus haut, p. 75).

Le *massage* ne peut être désapprouvé que dans ses applications intempestives et dans ses excès. Je le repousse, comme méthode presque exclusive, *partout où son application est de nature à compromettre la forme normale des parties* ; et les circonstances sont plus nombreuses qu'on ne le dit où l'on n'a pas le droit de se désintéresser de la forme des parties, sous prétexte qu'il est impossible de corriger les déplacements.

Je pense aux fractures de l'avant-bras et de la clavicule, et aussi aux fractures de jambe. Les unes et les autres, les premières surtout, insuffisamment maitenues, trop fréquemment maniées et mobilisées, peuvent se consolider dans de mauvaises conditions de réduction et avec des difformités vilaines ou fâcheuses.

Il ne faut donc pas, en ce qui concerne les fractures des membres, tout en songeant à maintenir la mobilité articulaire, lui sacrifier le rétablissement aussi normal que possible de la forme des segments de membres brisés; mais c'est affaire d'attention et de soin.

Quant à la *suture des fragments dans les fractures fermées*, j'estime qu'elle doit être encore considérée comme une pratique exceptionnelle, indiquée et légitime seulement dans les cas où il est absolument impossible d'obtenir une réduction sinon parfaite, du moins convenable, et surtout dans ceux où le déplacement d'un fragment *constitue un danger pour un organe voisin, vaisseau, nerf, plèvre.*

Aussi bien cette question est encore à l'étude et n'a pas encore reçu une solution absolument définitive.

68. — Les fractures ouvertes.

(*Clin. chir.*, 1904, XII, p. 139.)

Distinction nécessaire entre les fractures sans broiement et avec broiement, entre les fractures avec gangrène gazeuse proprement dite et emphysème bénin ; recherche des indications pour les amputations pri-

mitives et secondaires ; ressources du traitement conservateur puisées dans l'antisepsie et l'asepsie, telles sont les différentes faces sous lesquelles est envisagée cette question essentiellement classique.

69. — A propos du traitement ambulatoire des fractures.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 296.)

70. — Fracture du larynx, du maxillaire inférieur et des deux conduits auditifs externes par coup de pied de cheval.
(*Études de clin. chir.*, 1892, p. 221, obs. 2.)

71. — Sur une variété rare de fracture du col chirurgical de l'humérus à sa partie la plus élevée.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, t. II, p. 132.)

Voyez plus haut, page 68.

72. — Note sur une pièce de fracture intracapsulaire du col du fémur.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 443.)

Fracture *intracapsulaire* causée par une chute *sur le grand trochanter*, ayant donné lieu tout d'abord, pendant dix jours, à la *rotation du pied en dedans.*

73. — Décollement des épiphyses du cubitus et du radius avec un arrachement très limité de la portion voisine du radius.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1872, p. 427.)

74. — Rupture d'un cal vicieux de fracture sus-malléolaire.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 419.)

Ce fut une ostéoclasie au moyen d'un appareil que M. Collin avait bien voulu combiner.

75. — Appareil inamovible à claire-voie pour les fractures de la clavicule, convenant aussi à toutes les lésions osseuses de l'épaule par traumatisme.
(*In* Gillette, *Chir. journ. des hôp.* et *Traité de chir. clin. et opér.*, t. II, p. 190.)

Appareil déjà décrit plus haut (p. 45.)

76. — Implantation d'os décalcifié dans des cas d'ostéomyélite infectieuse et de tuberculose osseuse.

(*Études de clin. chir.*, obs. 3-10, p. 222.)

Voyez l'exposé de cette méthode plus haut (p. 75).

77. — Sur la greffe d'os vivant, à propos d'un travail de M. Mossé.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXI, p. 97.)

Réserves formulées, après discussion, relativement à l'utilité des greffes vivantes, qui généralement sont résorbées comme les greffes mortes.

78. — Présentation d'un malade ayant subi la résection de l'extrémité interne de la clavicule.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 545.)

Intégrité fonctionnelle du bras.

79. — États douloureux des os et des articulations.

(*Clin. chir.*, 1904, XIII, p. 155.)

Ces accidents très spéciaux, auxquels Brodie a fait, il y a longtemps, une place dans la pathologie chirurgicale, sous le nom de *arthralgies sine materia*, qui ont été décrits pour la hanche sous le nom de *coxalgie hystérique*, et dont l'étude a été présentée avec soin par Gosselin sous le nom d'*ostéite névralgique*, sont de ceux qui ont été le plus méconnus par les chirurgiens modernes. Ils ont été l'objet de diverses interprétations, parmi lesquelles l'infection devait naturellement avoir sa place (Bloch). *Celle-ci n'a pas été démontrable dans certains cas que j'ai étudiés particulièrement à cet égard.*

J'en ai observé plusieurs cas très nets sous des formes variées, et j'ai mis en relief l'*hyperesthésie osseuse étendue*, pouvant occuper un os long tout entier (fémur), une des formes les plus rebelles et de celles contre lesquelles on a le moins de recours.

Quant aux formes localisées, je les ai vues céder habituellement au *forage des os ou à des trépanations assez larges.* Dans la clinique courante, il importe de bien connaître ces *arthralgies*, ces *ostéalgies* en rapport

quelquefois avec de très petites lésions, souvent *sine materia*, ainsi que l'avaient admis Brodie et Gosselin.

80. — Des kystes hydatiques des os.

(*Clin. chir.*, 1904, t. XIV, p. 167.)

Résumé de la question à l'occasion d'un cas de kyste hydatique de l'humérus, qui, comme toujours, avait donné lieu à des erreurs ou des hésitations de diagnostic. Ce sujet guérit après plusieurs interventions, avec conservation du membre.

81. — Sarcome hématique de l'extrémité inférieure du tibia aveo fracture spontanée.

(*Études de clin. chir.*, p. 233, obs. 16.)

Voyez plus haut, page 97.

82. — Volumineux sarcome du tibia.

(*In* Schwartz, *Thèse d'agrégation : Ostéosarcomes des membres*, Paris, 1880.)

83. — Tumeurs vasculaires et anévrysmes des os.

(*Arch. gén. de chir.*, janvier 1910.)

A l'occasion d'une communication de M. Morestin à la Société de chirurgie, sur une tumeur érectile pure du maxillaire inférieur considérée comme telle par M. Letulle, je repris à fond l'étude de cette question très controversée, et j'arrivai à cette conclusion que ces tumeurs sanguines, qui se présentent sous des formes diverses, excepté sous celle d'anévrysmes proprement dits, sont bien en réalité des sarcomes dans lesquels l'élément sarcomateux, absorbé et détruit parfois entièrement par l'élément vasculaire, n'est plus représenté que par des amas cellulaires très limités, très difficiles à découvrir, ayant probablement échappé à certains observateurs. Cette opinion, soutenue par beaucoup d'auteurs, avait besoin d'un nouvel appui. Peut-être celui que je lui ai fourni en me basant sur plusieurs faits personnels contribuera-t-il à la faire accepter comme définitive pour la totalité ou la presque totalité des cas. Mon étude a eu pour point de départ un *sarcome vasculaire pulsatile* du premier métacarpien, dont j'ai fait établir l'anatomie pathologique par des examens histologiques démonstratifs.

II. — MALADIES DES ARTICULATIONS

84. — Des plaies des articulations par armes à feu et des causes qui les rendent souvent mortelles.

(Lecture à la *Soc. de chir.*, 5 et 12 juillet 1871, p. 132 et 138.)

Travail égaré par le rapporteur désigné et resté inédit. C'était un premier exposé de mes idées sur la septicémie aiguë, quin'avait été que très incomplètement définie auparavant.

85. — Luxation scapulo-humérale sous-glénoïdienne, compliquée de rupture de l'artère axillaire et d'anévrysme faux primitif. Désarticulation de l'épaule après ligature préalable de l'artère sous-clavière.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 187.)

J'avais commencé par poser une ligature d'attente sur l'artère sous-clavière, dans la région sus-claviculaire.

86. — Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, compliquée de fracture du corps du cubitus.

(*Études de clin. chir.*, VI, p. 107.)

J'ai vu deux cas de ce genre. La flexion semble être l'attitude la plus favorable à la réduction. Si celle-ci est impossible, s'il y a des complications vasculaires, le mieux est de réséquer la tête déplacée. La mobilité articulaire n'est pas compromise par la suite.

87. — Luxation paralytique de l'extrémité supérieure du radius. Présentation de la malade et observation.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, t. XXXII, p. 171.)

Ce fait très rare, presque unique, si l'on envisage certaines circonstances de sa production, a servi de point de départ et de base à la thèse de doctorat de M. Raoul Marsan.

88. — Luxation en arrière du carpe sur l'avant-bras.
(*Études de clin. chir.*, p. 228, obs. 11.)

La déformation rassemblait à celle de la fracture du radius, mais le dos de fourchette, plus abrupt, était plus voisin de la main. La réduction se fit facilement par traction et flexion.

Les cas de luxation totale du carpe, sans arrachement quelconque, sans décollement épiphysaire, sont, comme on le sait, excessivement rares.

89. — Réduction d'une luxation complète de l'index de la main droite en arrière.
(*France méd.*, 1874, p. 250.)

90. — Cas de disjonction de la symphyse pubienne.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 5.)

En plus de cette lésion, j'ai constaté, chez ce blessé, des hémorragies nasales, auriculaires, sous-conjonctivales, et *un purpura de toute la face avec cyanose*, par suite de la pression intense qu'avait subie l'abdomen et du refoulement du sang vers le haut du corps.

91. — Luxation de la cuisse — variété iliaque — datant d'un mois, réduite par la traction élastique.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 327.)

92. — Luxations coxo-fémorales — variétés rares.
(*Clin. chir.*, 1904, XVI, p. 201.)

Aux faits classiques j'ai ajouté : 1° une *luxation ovalaire très basse*, presque périnéale ; 2° une *luxation intrapelvienne* par défoncement de la cavité cotyloïde et éclatement des parties voisines de l'os iliaque ; 3° une *luxation sus-pelvienne dans la fosse iliaque interne* (type Scriba), absolument exceptionnelle et par là même d'un intérêt considérable. Malgré l'étendue et la bizarrerie du déplacement, la réduction se fit assez facilement. Je l'obtins par la traction directe, la rotation en dehors et l'abduction du membre maintenu en extension, puis la flexion accentuée et de nouveau l'abduction. Un ressaut violent indiqua que la

tête fémorale avait repassé par-dessus le pubis pour se replacer, avant la réduction complète, dans le voisinage de la cavité cotyloïde.

93. — Luxation simultanée des deux genoux. — Tiraillement du nerf sciatique à droite. — Troubles trophiques, paralysies musculaires et anesthésie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 591.)

94. — Le plissement capsulaire comme procédé de traitement de la luxation récidivée de la rotule.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXI, p. 330 et 348. et *France méd.*, 1894, n° 15.

Travail déjà analysé plus haut (p. 55).

95. — Deux cas de luxation de l'astragale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 92.)

96. — Luxation des quatre derniers métatarsiens avec fracture comminutive du premier métatarsien.

(*Études de clin. chir.*, p. 229, obs. 12.)

97. — Altérations de la moelle diaphysaire des os longs au voisinage des tumeurs blanches.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 150.)

98. — Plusieurs cas d'arthrite fongueuse où la désorganisation profonde de la moelle diaphysaire a nécessité la désarticulation du membre.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 467 et 477.)

99. — Ostéomyélite tuberculeuse du fémur. — Désarticulation de la hanche. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 468.)

Ces travaux ont été analysés plus haut (p. 68).

100. — Sacro-coxalgie blennorragique.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 114.)

101. — Hydarthrose intermittente.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 242 et 255.)

102. — Synovite articulaire hyperplasique simulant un corps étranger du genou.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, t. XXVI, p. 281.)

103. — Résection du poignet guérie sous un seul pansement.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIII, p. 145.)

Il n'est pas inutile de rappeler qu'à cette époque la résection du poignet n'était guère en faveur et qu'une réunion immédiate après cette opération n'était pas une chose absolument banale.

104. — Considérations sur la résection du poignet dans le cas de tumeur blanche.

(*Congrès international de la tuberculose*, Paris, 1905, t. II, p. 42.)

C'est un nouveau plaidoyer en faveur de cette opération, qui, faite de bonne heure et avec un soin méticuleux, donne de bons résultats.

105. — Technique et résultats de cinq désarticulations de la hanche.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 469.)

Ce travail réunit 5 cas de nature différente : 3 ostéosarcomes, 2 arthrites tuberculeuses du genou avec infiltration tuberculeuse ou fonte de la moelle. Mort rapide ou lente des trois premiers opérés, guérison des deux autres. Comme procédé, toujours la ligature préalable des vaisseaux fémoraux, trois fois la méthode à deux lambeaux, antérieur et postérieur, deux fois la raquette.

106. — La ligature préalable des gros vaisseaux dans la désarticulation de la hanche.

(*Congrès franç. de chir.*, 1897, p. 726.)

J'ai insisté sur les avantages de ce temps préliminaire.

107. — Trois observations d'ostéotomie sous-trochantérienne cunéiforme du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche par un procédé spécial.

(*Congrès franç. de chir.*, 1894, p. 30, et *Rev. d'orthop.*, 1895, n° 27.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 55), auquel je pourrais joindre plusieurs autres faits du même genre de ma pratique personnelle, dont les résultats ont été favorables.

108. — Corps mobile de l'articulation du genou fixé au moyen de l'instrument de A. Richet.

(*Gaz. méd.*, 1885, p. 329.)

109. — Arthrotomie du genou pour un corps étranger.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1902, t. XXVIII, p. 246.)

Aplati, incurvé sur lui-même, long de 0m,039, large de 0m,004 à 0m,011, ce corps étranger est formé uniquement de tissu conjonctif condensé sur les deux faces, lâche dans l'interstice. Il a certainement été dépendant tout d'abord des parties molles voisines (sans doute synoviale et franges synoviales), parce qu'il renferme des vaisseaux bien caractérisés et nombreux qu'on ne trouverait pas dans un ménisque.

110. — Résection du genou, présentation de l'opéré.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 896.)

111. — Résection traumatique tibio-tarsienne.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 301.)

112. — Observation de tarsectomie chez une femme de trente ans atteinte de pied bot avec renversement total du pied.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIII, p. 95.)

Cette femme *marchait sur le dos du pied*; la plante était retournée en haut. Il fallut de très larges résections osseuses pour remettre l'organe dans sa position normale. A cette époque, les tarsectomies très étendues avaient été pratiquées surtout pour des lésions tuberculeuses.

L'opération consista dans l'*extirpation totale de l'astragale et du cuboïde*, dans l'*extirpation partielle du scaphoïde et du calcanéum*. Quoique la suppuration n'ait pas pu être absolument évitée, le résultat fut excellent. Le pied reprit complètement ses rapports normaux avec la jambe ; il garda même, si je ne me trompe, une certaine mobilité sur le tibia, et la marche sans canne fut possible au bout de quelques semaines après la guérison.

III. — APPAREIL CUTANÉ. — MUSCLES ET TENDONS.

113. — Ongles, anatomie, physiologie et séméiotique.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXIV, p. 539-576.)

114. — Phlegmon.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXVII, p. 131-184.)

Je rappellerai seulement quelques points de ce travail.

Les *rapports du phlegmon circonscrit avec la lymphangite* m'ont arrêté quelque temps, rapports incontestables assez fréquemment, mais non toujours.

J'ai esquissé une description d'ensemble du *phlegmon chronique*, non sans donner la place qui lui est due au *phlegmon large du cou* de Dupuytren, qu'on semble un peu l'oublier.

L'historique du *phlegmon diffus* a été repris à fond en remontant aux sources; de la sorte certaines erreurs trop admises ont été redressées.

Je me suis attaché à préciser les formes cliniques en les ramenant à deux types fondamentaux : le *phlegmon diffus érysipélateux* et le *phlegmon diffus franc*, auquel se rattache le *phlegmon sous-aponévrotique et total*.

En ce qui touche au *traitement*, les longues, très longues et nombreuses incisions *ont gardé le premier rang*. Sur ce terrain, la timidité est funeste. Mieux vaut pécher par excès que par défaut.

L'*abstention* ayant été considérée comme nécessaire chez les *diabétiques* et les *albuminuriques*, j'ai lutté contre cette idée fâcheuse, et mes observations ont constitué la substance de la thèse de doctorat d'un de mes élèves, Isidore Peyrot.

115. — Pathologie des muscles.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXIII, p. 357-376. En collaboration avec Straus.)

116. — Ruptures musculaires et myosites traumatiques.

(*Clin. chir.*, 1904, XVII, p. 210.)

Dans cette leçon, je me suis attaché à différencier les vraies hernies musculaires, beaucoup moins fréquentes, — les recherches de Farabeuf l'ont démontré, — qu'on ne le pensait antérieurement. C'est le bout supérieur renflé du muscle qui, après les ruptures et par suite de la myosite scléreuse consécutive, simule la hernie. L'étude de cette myosite a été faite avec soin. Elle ajoute quelques notions intéressantes à ce que l'on savait de cette question de physiologie pathologique.

Le traitement par extirpation des parties indurées et douloureuses, et quelquefois par anastomose du bout supérieur séparé en deux avec les corps musculaires voisins, m'a donné d'excellents résultats.

117. — L'origine des ostéomes musculaires.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1893, t. XIX, p. 766.)

J'appuie par des exemples la théorie de la myosite ossifiante qui me semble la mieux appropriée aux cas où l'ossification se prolonge au loin dans l'épaisseur et dans le centre du muscle.

118. — Les myosites infectieuses.

(*Clin. chir.*, 1904, XVIII, p. 220.)

Après avoir consacré quelques pages aux myosites syphilitiques et tuberculeuses qui sont la conséquence d'une infection tout à fait spéciale, bien définie, j'étudie les espèces appelées plus ordinairement myosites infectieuses, qui sont polymicrobiennes et ont une évolution clinique d'une extrême gravité. Le développement de gaz dans le foyer inflammatoire en est quelquefois une caractéristique, qu'il soit en corrélation avec les aptitudes propres à certains microbes, ou qu'il résulte simplement de la décomposition putride du tissu musculaire.

119. — La psoïtis. — Le phlegmon gangreneux du plancher de la bouche.

(*Clin. chir.*, 1904. XIX, p. 231.)

Des *faits inédits* rapportés dans cette leçon montrent que la psoïtis existe réellement, quoi qu'on en ait pu dire, et qu'elle se rattache sans

le moindre doute possible aux myosites infectieuses. Elle se développe dans des conditions analogues et peut guérir si elle est traitée à temps, malgré certaines difficultés de diagnostic utiles à connaître, par l'incision profonde et autant que possible précoce.

La nature des lésions, l'aspect des parties incisées, la forme des lambeaux mortifiés qui se détachent permettent de faire rentrer le *phlegmon gangreneux de la bouche* dans le cadre des myosites infectieuses, avec cette réserve que l'infection débute peut-être par le tissu conjonctif très lâche et très ténu de cette région.

120. — Infiltration gommeuse du muscle jumeau externe.

(*Mouvement méd.*, 1874, p. 651, et *Thèse de doctorat* de Rousset sur la *Syphilis musculaire*, Paris, 1875.)

121. — Des syphilomes musculaires au point de vue chirurgical.

(*Congrès internat. de dermatologie et de syphilis*, Paris, 1889, p. 653.)

Cette communication est basée sur l'observation d'un médecin chez qui s'était manifestée la série d'accidents syphilitiques suivante : *chancre digital* méconnu contracté dans l'exercice de la profession, adénites axillaires consécutives suppurées, qui donnent lieu à des fistules persistantes. Des signes de névrite du plexus brachial, apparaissent. L'inflammation des nerfs se propage à la moelle épinière; l'autre bras est frappé de paralysie incomplète. Survient ensuite une paralysie accentuée du nerf moteur oculaire externe gauche.

Deux ans après, *constatation d'une tumeur du mollet* que deux professeurs et un agrégé considèrent *comme un fibrosarcome. L'amputation de la cuisse était chose décidée.* Me méfiant de la syphilis, je conseille avec insistance un traitement spécifique énergique. *La guérison était complète au bout de deux mois.*

122. — Des synovites tendineuses rhumatismales suppurées.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1876, t. XLVII, p. 491.)

Interprétation peut-être contestable d'une synovite à contenu séropurulent de la gaine synoviale du tendon du jambier antérieur.

123. — Les synovites fongueuses masquent souvent des tuberculoses osseuses sous-jacentes.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 809.)

124. — Les synovites tendineuses syphilitiques.

(*Clin. chir.*, 1904, XX, p. 244.)

Des exemples absolument probants sont invoqués à l'appui de cette interprétation.

125. — Procédé pour la suture des tendons.

(*Congrès internat. des sc. méd.*, Genève, 1877, p. 239.)

Travail analysé plus haut (p. 46).

IV. — APPAREIL CIRCULATOIRE SANGUIN ET LYMPHATIQUE.

126. — Contribution à la chirurgie du cœur.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. XVLII, p. 381.)

Le Dr Fontan (de Toulon) avait communiqué à l'Académie de médecine deux cas de plaie du cœur traités par la suture, avec suites heureuses. Ayant été chargé d'un rapport sur ce travail, je profitai de l'occasion pour rechercher tous les cas publiés, alors au nombre de 38, et pour en faire connaître les résultats. Ceux-ci se chiffraient par 22 morts et 16 guérisons, soit pour ces dernières une proportion de 40,10 p. 100, en comprenant dans ce groupe de 38 cas ceux qui avaient porté sur les vaisseaux du cœur et ceux où la blessure de cet organe n'avait pas été pénétrante. Pour les plaies pénétrantes, cette proportion était de 27,50 p. 100. Depuis cette époque, les interventions se sont beaucoup multipliées; les premiers relevés faits par Hill, par Neitert, par Terrier et Reymond, dans un premier travail, puis par moi, ont fourni aux opérateurs la base nécessaire pour appuyer leurs décisions et précisé les chances de succès sur lesquelles ils pouvaient compter.

127. — Traitement des plaies artério-veineuses.

(Lecture à la *Soc. de chir.* 1881.)

128. — Des plaies artérielles de la main.

(*Union méd.*, 1875, t. XX, p. 894 et 918.)

La recherche des bouts artériels dans la plaie fut faite après application de la bande d'Esmarch, qui n'avait guère été utilisée pour ces cas.

129. — De l'ulcération des artères.

(*Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 575.)

Ce mémoire a été écrit à l'occasion d'une observation d'ulcération de l'artère fémorale communiquée à la Société de chirurgie par M. Perier. Les faits de ce genre étaient rares et mal connus à cette époque.

Après avoir rappelé les cas d'ulcération de dedans en dehors, bien étudiés par Hodgson et Guthrie, je partageai les ulcérations de dehors en dedans en quatre catégories, qui correspondaient aux quatre sortes de causes suivantes :

1° Par envahissement d'un tissu morbide (cancer, syphilis) ;

2° Par dénudation au cours d'une opération ;

3° Par corps étrangers, séquestres ou autres ;

4° Par l'action du pus.

Quelle est exactement cette action ? Elle ne pouvait être définie d'une façon précise, et l'on peut dire qu'actuellement la question n'est guère plus avancée.

Le traitement des hémorragies dues à ces ulcérations comporte des règles un peu spéciales à cause de la friabilité des artères, qui paraît constante. Les ligatures des deux bouts seront placées à bonne distance du siège de la perforation. On emploiera au besoin les artifices recommandés pour les cas d'artères friables.

130. — Rétrécissement généralisé et graduel du système artériel.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 498.)

Cas d'*artérite oblitérante* qui, avec un fait antérieur de Winiwarter et quelques autres publiés depuis cette époque, a contribué à édifier l'histoire de cette intéressante affection.

Le malade, âgé de trente-trois ans seulement, avait subi antérieurement l'amputation de la jambe gauche à cause d'un vaste ulcère distrophique du pied. Des menaces de gangrène (bulles) et des plaques noirâtres, caractéristiques étaient apparues récemment sur les orteils et autour des ongles du pied droit. L'affaiblissement du pouls de toutes les artères révélait une diminution certaine de leur calibre.

131. — Gangréne de la main et de l'avant-bras par artérite oblitérante. — Amputation du bras. Guérison.

(*Traité de chir. clin. et opératoire*, t. I, p. 268 et 271.).

Dans ce cas, l'altération artérielle ne paraissait pas généralisée. Le sujet était *une jeune femme de* vingt-cinq *ans*. La figure 14 ci-contre montre nettement la nature et l'importance des lésions.

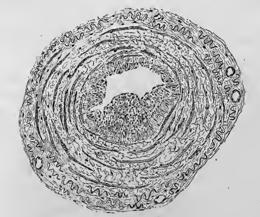


Fig. 14. — Coupe de l'artère radiale à sa partie supérieure. Le vaisseau est presque entièrement oblitéré.

132. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive traité par la ligature péripbérique simultanée de la sous-claviére et de la carotide primitive droite.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 562.)

133. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature périphérique de la carotide primitive droite, de la sous-clavière droite et d'une volumineuse artère de la région sus-claviculaire gauche (artère sous-clavière double par anomalie).

Considérations relatives au traitement chirurgical de ces sortes d'anévrysmes par la méthode de Brasdor.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1893, t. XXIX, p. 198.)

134. — Traitement des anévrysmes de la base du cou et de la poitrine par les ligatures périphériques.

(*Presse méd.*, 1898, nº 19.)

135. — Le traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de l'aorte par les ligatures périphériques, à propos d'un cas d'anévrysme de la sous-clavière droite et du tronc brachio-céphalique traité par cette même méthode, communiqué par Gérard-Marchant.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1900, t. XLIV, p. 132.)

136. — Traitement des anévrysmes par les ligatures périphériques.

(*Clin. chir.*, 1904, XXI, p. 252.)

Ce travail est le résumé de ceux qui l'ont précédé sur le même sujet. Le premier a eu le privilège de ramener l'attention des chirurgiens et des médecins français sur un mode de traitement trop négligé en France, malgré des statistiques et des articles très importants dus à la plume de Léon Le Fort, Poinsot, Richard Barwell, Wyeth, Wharton, Walther et Randolph Winslow. Mon élève Acosta Ortiz, dans une thèse faite sous mon inspiration, réunit tous les faits connus, et ce travail fut pour tous une excellente initiation à cet intéressant sujet. Depuis cette époque, les cas se sont multipliés en France, et la méthode des ligatures périphériques a conquis une place prédominante en face des injections de sérum gélatiné, qui, elles aussi, ont donné des résultats incontestables, mais en général moins complets que l'intervention chirurgicale.

J'ai montré que cette méthode pouvait être efficace, aussi bien pour certains anévrysmes de l'aorte que pour ceux du tronc innominé. Dans l'un et l'autre cas, les ligatures ont porté sur toutes les grosses artères du cou, en général sur deux, en une seule séance ou en deux séances. J'ai lié sur une malade d'abord la carotide et la sous-clavière droite, puis,

croyant avoir lié la sous-clavière gauche, une des branches de dédoublement de cette artère anormale.

D'une façon générale, les résultats de ces interventions ont été assez favorables pour qu'on y ait volontiers recours, mais à condition de ne pas attendre que la poche anévrysmale ait acquis un trop grand développement.

137. — Tentative de ligature du tronc brachio-céphalique pour un anévrysme de ce tronc et de la première portion de la sous-clavière droite.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 103.)

Il n'y avait pas de place pour placer un fil entre la dilatation anévrysmatique du tronc innominé et l'aorte. Après avoir mis à nu tout ce tronc, par une résection limitée du sternum et des côtes voisines, je reconnus que je ne pouvais pas aller plus loin. Le malade supporta bien cette tentative, mais ne tira aucun profit des malaxations auxquelles je soumis la poche dans l'espoir d'y provoquer un commencement de coagulation.

138. — Anévrysme diffus du tronc tibio-péronier traité par la flexion.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, obs. 25.)

Traitement de quelques jours seulement interrompu par une mort presque subite. Les reins étaient malades. La coagulation s'était faite en grande partie dans le sac.

139. — Anévrysme traumatique du tronc tibio-péronier ou de l'artère tibiale postérieure guéri par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1905, t. LIII, p. 365.)

140. — Anévrysme traumatique du creux poplité et de la jambe traité par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXXI, p. 295.)

Dans ces deux publications, il s'agit du même cas. Étant donné le siège présumé de l'anévrysme, l'extirpation devait faire craindre la gangrène

par suite de la suppression inévitable de toutes les voies d'irrigation sanguine. La méthode de Lancereaux et Héresco, appliquée avec la prudence nécessaire mais aussi avec l'énergie suffisante, a procuré une guérison assez rapide, très complète et sans incidents. Le malade a été montré à la Société de chirurgie.

Pour obtenir un bon résultat, sans amener une coagulation trop rapide, il est indispensable d'employer une solution de sérum gélatiné à 2 p. 100, stérilisée avec soin, afin d'écarter toutes chances de tétanos, d'en injecter chaque fois de 150 à 250 grammes et de faire une série d'au moins six à huit injections, et même davantage, s'il s'agit d'un anévrysme assez volumineux.

Ce cas est le premier où cette méthode ait été appliquée à un anévrysme des membres. Malgré les beaux succès de l'extirpation, on peut toujours prévoir telle circonstance qui en contre-indiquerait l'emploi. Le sérum gélatiné constituerait alors une précieuse ressource.

141. — Anévrysme de l'artère axillaire gauche traité par les injections du sérum gélatiné.

Voyez plus haut, page 77.

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1911, p. 190.)

142. — Guérison spontanée d'un anévrysme du creux poplité.

(*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 991.)

Des menaces très graves de gangrène du membre s'étaient dissipées d'elles-mêmes, et la nécessité de l'amputation fut ainsi écartée.

143. — Étiologie et pathogénie des varices.

(*Clin. chir.*, 1904, XXII, p. 275.)

Dans cette leçon, j'ai voulu surtout mettre en relief ce fait que quelquefois les varices des membres, et principalement les varices généralisées sous la forme de dilatations veineuses plus ou moins accentuées, coïncidaient avec une dilatation considérable de l'oreillette droite, ce qui s'explique par la nature veineuse primitive de cette dernière.

144. — Énorme embolus pulmonaire. — Mort subite.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 494, et *Clin. chir.*, 1904, p. 291.)

Le caillot, détaché d'une grosse veine variqueuse enflammée de la

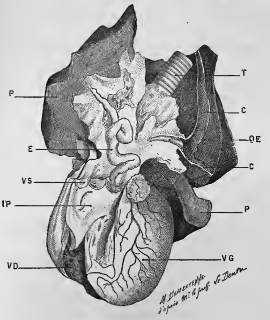


Fig. 15. — Enorme embolus pulmonaire.

PP, portions des poumons; T, trachée; VG, ventricule gauche; VD, ventricule droit ouvert; IP, infundibulum de l'artère pulmonaire; VS, valvules sigmoïdes de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ouvert et étalé; E, embolus dont la tête est engagée dans l'une des valvules sigmoïdes; QE, queue de l'embolus détachée de la masse principale et engagée dans la branche gauche de l'artère pulmonaire; CC, caillots noirs récents emplissant deux divisions de cette artère.

jambe et divisé en deux fragments, fut trouvé dans l'artère pulmonaire et dans l'une de ses branches; il avait $0^{m},23$ de longueur (fig. 15).

145. — Traitement des varices par les injections de perchlorure de fer.

(*Union méd.*, 1863, p. 81 et 103.)

Ce travail est le premier que j'aie écrit; il me fut inspiré par mon maître Voillemier. Il contient plusieurs observations prises dans son service de varices traitées par des injections intraveineuses de perchlorure de fer à 30°. La quantité employée était une seringue de Pravaz entière. Il est à noter que, grâce à certaines précautions, grâce surtout à une faible compression établie sur la cuisse pendant et après l'injection, cette pratique n'avait jamais causé aucun accident. Il en fut de même ultérieurement dans ma pratique personnelle.

146. — Les phlébites variqueuses.

(*Clin. chir.*, 1904, XXIII, p. 285.)

« Je n'aborde pas ce sujet avec la pensée de vous en résumer toute l'histoire, mais bien d'attirer votre attention sur la *nécessité d'une action prompte* en face de certaines complications particulièrement redoutables des varices. » Toute la question réside dans cette phrase. La *coagulation ascendante* dans les veines du territoire de la saphène externe ou de la saphène interne impose la *résection limitée de ces veines* le plus près possible de leur embouchure. J'ai même ajouté qu'on serait autorisé, si le caillot avait déjà gagné la partie basse de la veine iliaque externe, à lier cette veine au-dessus; mesure très radicale, je le reconnais, mais qui peut sauver la vie, et c'est là sa justification.

Actuellement il serait possible d'agir autrement : ouverture et nettoyage de la veine iliaque externe, suivie de suture latérale, ce qui n'empêcherait pas de lier ou de réséquer la veine saphène interne au-dessous de son embouchure.

147. — Système lymphatique. — Anatomie et pathologie.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 4-105.)

Article didactique divisé en trois parties, comprenant les maladies du canal thoracique, des vaisseaux lymphatiques et des ganglions.

Les complications, et surtout certains accidents spéciaux, caractéri-

sant des formes très malignes (gangrène, coma apoplectiforme, etc.), y sont l'objet d'une étude aussi approfondie que le permettait la rareté de ces faits encore mal connus.

148. — Lymphosarcome primitif des ganglions du cou.

(*Thèse de doctorat* de Pointeau sur les *Lésions de la portion cervicale du grand sympathique*, Paris, 1869.)

149. — Tumeurs malignes primitives des ganglions du cou.

(*Études de clin. chir.*, 1892, p. 95.)

J'ai repris cette question afin de donner une autre interprétation à plusieurs de mes cas, dans mon travail sur les *branchiomes du cou* (Voy. pus haut, p. 97).

150. — Des abcès lymphangitiques profonds à marche chronique.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 162.)

Voyez plus haut, page 69.

V. — MALADIES CHIRURGICALES DU SYSTÈME NERVEUX.

151. — Localisations cérébrales et trépanation.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 743-783.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 17).

152. — Présentation d'un cerveau traversé par une balle de revolver. — Considérations sur les localisations cérébrales.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 159.)

Exemple d'une *cause d'erreur* consistant en ce que le projectile, après avoir lésé les centres moteurs d'un côté, peut pénétrer bien au delà ; ou bien, après avoir lésé les centres moteurs du *côté opposé* au point de pénétration, peut *ricocher* sur la face interne de la paroi cranienne et se placer finalement dans un point où aucun signe clinique ne peut révéler sa présence.

153. — Sur les plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 209.)

Après avoir envisagé les différents aspects du problème et cité plusieurs faits personnels, je conclus de la manière suivante :

1° Si le projectile s'est arrêté entre la boîte cranienne et le cerveau au point de pénétration ; si, après avoir atteint la zone motrice du côté opposé, il n'a pas ricoché, sa recherche peut être suivie de succès ; mais, même dans ces deux dernières circonstances, les plus favorables de toutes celles qui peuvent se présenter, la réussite est subordonnée au hasard ;

2° La désinfection du trajet du projectile dans la substance cérébrale est un leurre, lorsque ce trajet s'étend au delà des quelques millimètres d'épaisseur de la couche corticale ;

3° La trépanation est parfaitment indiquée lorsqu'on soupçonne un foyer hémorragique intracranien, un enfoncement de la table interne et la présence d'esquilles en contact avec la face externe de l'encéphale ; mais il s'en faut que ces circonstances soient constantes.

Je condamnais en même temps l'exploration du trajet intracérébral au moyen d'une bougie fine et souple, celle-ci devant inévitablement faire fausse route et pénétrer dans la substance encéphalique en abandonnant le trajet du projectile.

La radiographie allait bientôt transformer la question en fournissant une base sûre aux recherches et aux interventions.

154. — Extraction d'un projectile logé dans le lobe gauche du cerveau, dont la situation avait été exactement déterminée par l'appareil de Contremoulins.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXVIII, p. 480.)

Voyez plus haut, page 78.

155. — Plaie de la région frontale et du cerveau par balle de revolver.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 771.)

Ce cas était intéressant : 1° parce que l'infection du trajet ne s'était manifestée que très tardivement après la blessure ; 2° parce que la bles-

sure des centres moteurs gauches et certains symptômes qui s'en étaient suivis auraient pu faire croire que le projectile s'était arrêté dans leur voisinage, tandis qu'il se trouvait à la limite extrême du lobe occipital.

156. — Pneumatocèle consécutive à une fracture du crâne.
(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 455.)

Des signes d'infection m'obligèrent à intervenir. La trépanation découvrit une nappe d'encéphalite suppurée superficielle ; l'air venait du sinus frontal. Le curettage fit cesser tous les accidents.

157. — Élongation du nerf lingual dans un cas de tic douloureux de la face et de la langue datant de cinq ans.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 795.)

Cette élongation fut suivie de la guérison temporaire de toutes les manifestations douloureuses.

158. — Deux cas de névrite traumatique du nerf médian traités, l'un par l'élongation, l'autre par la résection.
(*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893.)

Les accidents consistaient dans des espèces de panaris ulcéreux. En quelques jours après l'élongation, en cinq à six semaines après la résection, ils avaient entièrement disparu.

159. — Note sur un cas de névralgie traumatique tenace du nerf obturateur.
(*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 178.)

G. — CHIRURGIE RÉGIONALE.

I. — CRANE ET FACE.

160. — De la méningo-encéphalocèle et de son traitement.
(*Études de clin. chir.*, 1892, VII, p. 111.)

A propos d'un enfant qui portait dans la région occipitale une volumineuse tumeur de cette nature, et que j'ai opéré, je relève les résultats

donnés jusqu'alors par l'intervention et qui justifiaient suffisamment celle-ci.

161. — Kyste dermoïde huileux congénital du front.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, t. V, p. 865.)

162. — Un cas de kyste congénital pré-auriculaire.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 78.)

163. — Tumeurs congénitales et malformations du crâne et de la face.

(*Traité de chir. clin. et opér.*, t. V, p. 673.)

164. — Tumeurs et difformités congénitales du crâne et de la face.

(*Nouv. Traité de chir.*, fasc. XV, p. 1-152.)

165. — De quelques points relatifs à la pathogénie et à l'étiologie des difformités congénitales de la face.

(Lecture à l'*Académie des sciences*, 1er juin 1908, et *Bull. méd.*, 1908, p. 515.)

Travaux déjà analysés plus haut (p. 32).

166. — Bec-de-lièvre double avec tubercule saillant et division de la voûte palatine. — Opération. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 388.)

Cas intéressant à cause de l'importance des lésions et des difficultés que comportait la restauration (Voy. fig. 7).

167. — Ostéotomie du maxillaire supérieur comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 384.)

Travail déjà analysé précédemment (p. 79).

168. — Uranoplastie et staphylorraphie.

(*Gaz. des hôp.*, 25 mars 1896.)

169. — Aiguilles et rugines nouvelles pour la restauration des divisions palatines.

(*Méd. mod.*, 1891, nº 14.)

170. — Présentation d'instruments nouveaux pour la palatoplastie.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 519.)

171. — Aiguilles et rugines nouvelles pour l'uranoplastie et la staphylorraphie.

(*Études de clin. chir.*, 1892, X, p. 132.)

Ces instruments ont été décrits précédemment à la page 56.

172. — Quelques points relatifs à l'opération de l'uranostaphylorraphie.

(*Congrès franç. de chir.*, 1893, p. 633.)

173. — Notes sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais traitées par la staphylorraphie, l'uranostaphylorraphie et l'opération du bec-de-lièvre.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 270.)

174. — Sur l'uranoplastie en deux temps.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1901, t. XLVI, p. 348.)

Ces divers travaux ont été fondus dans la monographie qui a été analysée plus haut (p. 32).

175. — Orhite (pathologie). (En collaboration avec E. Labat.)

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, p. 689-724.)

Article didactique reflétant l'état de la science à cette époque.

176. — De la fève de Calahar.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIV, p. 649-657.)

Article de thérapeutique ophtalmologique.

177. — Procédé de traitement du symblépharon par l'autoplastie conjonctivale.

(*Congrès pour l'avancement des sciences*, Lyon, 1873.)

Déjà analysé plus haut (p. 46).

178. — Des cancers de l'œil.

(*Leç. clin. de l'Hôtel-Dieu*, 12 août 1874, et *Rec. d'ophtalmol.* de Galezowski, 1874.)

Question offrant un intérêt particulier à cette époque éloignée. Cette leçon en résume l'histoire depuis le premier travail de Maunoir (de Genève) la concernant, jusqu'en 1874, depuis le *fungus hematodes* et le *fungus médullaire* jusqu'aux formes variées de sarcomes et de carcinomes que l'histologie moderne a su différencier. Le *gliome*, bien que rattaché aux groupes de tumeurs malignes étudiées successivement, est une production du jeune âge, d'origine rétinienne, tandis que les néoplasmes de l'âge adulte naissent ordinairement de la choroïde. La mélanose occupe une place importante parmi les néoplasmes de l'œil.

179. — Des rétinites syphilitiques.

(*Leç. clin. de l'Hôtel-Dieu* et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1876, t. XLVII, p. 492.)

Dans ce cas, les troubles caractéristiques de la perception des couleurs se présentaient à un degré très élevé.

180. — De la blépharorraphie dans le traitement de l'ectropion.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 683.)

181. — Sur la ligature de la carotide primitive pour combattre l'exophtalmos pulsatile.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1904, t. XXX, p. 689.)

Je rapporte un cas d'hémiplégie immédiate et de ramollissement ischémique aigu du cerveau tout de suite après la ligature

182. — Fibromes tubéreux du nez traités par l'abrasion.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, XIV, p. 786.)

Il s'agit de l'affection dénommée généralement hypertrophie éléphantiasique du nez ou rhinophyma, et qu'il est facile de guérir par le traitement imaginé dès le XVIIIe siècle par Civadier. Les figures 16 et 17 sont suffisamment démonstratives.



Fig. 16. — Avant l'opération.



Fig. 17. — Après l'opération.

183. — Des déviations du septum nasal.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, IX, p. 123.)

Voyez plus haut, page 79.

184. — Des pseudo-polypes des fosses nasales.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, VIII, p. 116.)

Exposé de plusieurs cas personnels sur lesquels je m'appuie pour mettre mes élèves en garde contre la facile erreur de diagnostic consistant à prendre des *tumeurs malignes* des fosses nasales pour des *polypes muqueux simples.*

185. — Énorme polype naso-pharyngien détruit en une séance par des flèches de Canquoin.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 515.)

La tumeur avait accasionné une double exophtalmie et une cécité double presque complète. Elle fut attaquée par la bouche après division de la voûte palatine. Deux flèches au chlorure de zinc suffirent pour mortifier presque entièrement la masse. Tandis qu'elle s'éliminait, la vue se rétablissait. Malheureusement, une double névro-rétinite ramena la cécité.

186. — Polype naso-pharyngien extirpé en une séance par les voies naturelles, après section du voile du palais.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, t. XXXII, p. 901.)

L'hémorragie causée par le raclage fut assez facilement arrêtée. Le voile du palais se réunit ensuite de lui-même.

187. — Perforation du rocher suite d'otite.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1867, p. 585.)

II. — CRANE ET FACE. — AFFECTIONS NON CONGÉNITALES

188. — Fracture très étendue de la base du crâne.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 142.)

Base du crâne partagée en deux portions par un trait de fracture oblique partant de la bosse frontale gauche et aboutissant à l'occipital droit, en passant par la selle turcique et le rocher.

189. — Fracture du crâne avec épanchement intracranien. Trépanation et évacuation du foyer. — Réunion primitive. — Délire post-opératoire. Guérison.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 26, p. 248.)

190. — Plaie du cerveau par balle de revolver. — Diagnostic du siège des lésions par les localisations cérébrales.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 159. ; *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 112 ; *Études de Clin. chir.*, 1892, p. 246, obs. 27.)

Voyez plus haut ce qui a été dit de cette question (p. 17).

191. — Coup de feu dans l'oreille. — Extraction du projectile logé dans le rocher.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, p. 245, obs. 26.)

192. — Plaies pénétrantes du crâne par armes à feu.

(*Clin. chir.*, 1904, XXIV, p. 297.)

Voyez plus haut, page 78.

193. — Syphilis des os du crâne. — Trépanation. — Accidents convulsifs et dépressifs. Guérison rapide par le traitement spécifique.

(*Bull. de la Soc. clin.*, 1884, p. 119, et *France méd.*, 1884, p. 769 et 781.)

194. — Pathologie chirurgicale de la face.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIV, p. 472-510.)

195. — Deux observations de phlébite des sinus de la base du crâne consécutive à un furoncle de la face.

(*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1865, p. 326.)

Les faits de ce genre étaient encore peu nombreux à cette époque.

196. — Traitement des névralgies faciales rebelles. 27 observations diverses insérées dans un travail d'Urbain Guinard.

(*Arch. gén. de méd.*, 1898, nouv. série, t. 1, p. 309.)

Voyez plus haut, page 78.

197. — Périostose diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne.

(*Congrès internat. des sc. méd.*, Amsterdam, 1897, t. 1, p. 395, et *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879, p. 871.)

198. — Ostéome diffus des os de la face. — Résection partielle des os du nez et des maxillaires supérieurs. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 166.)

199. — De l'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne, à propos d'un cas de M. Baudon.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLI, p. 428.)

200. — De l'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne.

(*Clin. chir.*, 1904, XV, p. 176.)

Ces travaux ont été analysés antérieurement (p. 48). Le dernier contient des dessins de préparations microscopiques.

201. — Sur un cas de tuberculose du maxillaire supérieur.

(*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888, p. 569.)

202. — Sur un épithélioma kystique du maxillaire inférieur. Pronostic général des résections des mâchoires

(*Études de Clin. chir.*, 1892, XII, p. 142.)

L'examen anatomique de la pièce, après hémi-résection de la mâchoire, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur polykystique. La paroi très fibreuse des cavités était revêtue en quelques points seulement par un épithélium pavimenteux, presque partout par un épithélium ayant subi la dégénérescence muqueuse.

La seconde partie de cette leçon renferme une *statistique personnelle* de 17 résections plus ou moins étendues du maxillaire inférieur et de 14 résections partielles ou totales des maxillaires supérieurs. Dans la première série de faits, la mortalité a été de plus de 30 p. 100, ce qui s'explique par la complexité d'un grand nombre de ces cas et par les complications bronchopulmonaires si fréquentes chez les sujets âgés. Par une opposition frappante, signalée par beaucoup d'autres chirurgiens, mes 14 cas de résection du maxillaire supérieur ont été indemnes de mortalité, particularité connue d'ailleurs, mais qui reste assez difficile à expliquer.

203. — Myxosarcome de la voûte palatine. — Résection partielle du maxillaire supérieur.

(Lecture à la *Soc. de chir.*, 1871, p. 205.)

Pendant de longues années, la guérison de cet opéré s'est maintenue. Il a succombé tardivement à une maladie accidentelle.

204. — Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires par la désinsertion du masséter et du ptérygoïdien interne.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 64, et *Études de clin. chir.*, 1892, XI, p. 137.)

Travail analysé plus haut (p. 47).

205. — Phlegmon infectieux du plancher de la bouche.
(*Études de Clin. chir.*, obs. 32, p. 252, et *Clin. chir.*, 1904, XIX, p. 239.)

Déjà analysé, page 113.

206. — Note sur les ulcérations tuberculeuses de la bouche.
(*France méd.*, 1877, p. 23 et 31.)

207. — Cas de grenouillette intermittente.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 275.)

208. — Traitement des grenouillettes par les injections de chlorure de zinc.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 459.)

209. — Pathogénie et traitement de la grenouillette.
(*Clin. chir.*, 1904, XXVII, p. 332.)

Ces travaux sur la grenouillette ont déjà été analysés plus haut (p. 80).

210. — La lithiase salivaire.
(*Clin. chir.*, 1904, XXVIII, p. 342.)

Après mention d'un cas d'inflammation des deux glandes submaxillaires chez le même sujet, il est surtout question dans cette leçon des *concrétions* et des *calculs proprement dits* de la glande submaxillaire et des accidents qu'ils occasionnent : obstruction intermittente ou permanente du canal de Wharton, avec ou sans infection, avec ou sans formation d'abcès.

Une planche représente les lésions chroniques de la glande sous l'influence de la lithiase.

Le traitement est dominé par ce fait qu'il faut toujours, sauf empêchement absolu, inciser le canal de Wharton *sur conducteur*, pour l'extraction des calculs.

211. — Tuberculose et abcès froids de la langue.
(Faits communiqués à M. Whitmann pour sa *Thèse de doct.*, Paris, 1893-1894, nº 48.)

212. — Angiome volumineux de la langue. Guérison par l'ignipuncture profonde.

(*Études de clin. chir.*, obs. 20, p. 239.)

213. — Épithélioma leucoplasique de la langue et de la bouche.

(*Clin. chir.*, 1904, t. XXIX, p. 355.)

Les travaux relatifs à cette question ont été analysés antérieurement (p. 67).

214. — Présentation d'une tumeur développée dans le plancher de la bouche et dans la base de la langue.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 499.)

C'était vraisemblablement un goitre erratique développé dans la glande thyroïde accessoire de la base de la langue.

215. — Plusieurs cas de ligature atrophiante de l'artère linguale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 806.)

Chaque fois l'épithélioma, suspendu dans sa marche pendant quelques jours, a continué son évolution fatale.

216. — Le traitement de l'épithélioma de la langue.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 699.)

Exposé de plusieurs cas traités au moyen de l'écraseur linéaire de Chassaignac.

217. — Aiguille spéciale pour l'amputation de la langue.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 701.)

218. — Manuel de l'opération de l'amputation de la langue.

(*Bull. méd.*, 1897, p. 689.)

219. — Amputation de la langue.

(*Clin. chir.*, 1904, XXX, p. 370.)

Ces derniers travaux sont relatifs à l'emploi de l'anse galvanique, que je m'étais efforcé de régler le mieux possible, de manière à faire des opé-

rations larges tout en assurant l'hémostase. Je combinais avec cette méthode la ligature préalable de l'une ou des deux artères linguales.

III. — COU, CORPS THYROÏDE, LARYNX, ŒSOPHAGE.

219. — Des parotidites consécutives aux opérations sur l'appareil génital de la femme.

(*Arch. gén. de méd.*, nouv. série, t. I, nº 12, et *Clin. chir.*, 1904, XXV, p. 311.)

Complication très rare à coup sûr, d'une façon générale, et peut-être aussi rare après les interventions sur l'appareil génital de la femme que dans d'autres circonstances. La cause de son apparition doit être cherchée dans l'une des deux hypothèses classiques et peut-être dans les deux : l'*infection par voie sanguine* et l'*infection ascendante* par le canal de Sténon. Peut-être l'infection exerce-t-elle primitivement une action nuisible, mais encore obscure, sur les éléments glandulaires, et prépare-t-elle ainsi l'intervention fâcheuse des microbes de la bouche, dont la virulence est exaltée par un mauvais état général.

En tout cas, il est souvent difficile de déceler l'infection générale d'où procéderait primitivement la complication.

220. — Volumineuse tumeur du pharynx extirpée par la région latérale du cou. — Présentation de la malade.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1903, t. XXIX, p. 86.)

221. — Tumeur du prolongement pharyngien de la glande parotide.

(*Clin. chir.*, 1904, t. XXVI, p. 321.)

Ces deux indications se rapportent au même fait : tumeur pharyngienne volumineuse qu'il a été possible d'extraire par la partie latérale du cou sans la moindre lésion de la muqueuse vélo-pharyngée. Elle était constituée par les éléments mixtes habituels dans ce genre de production.

222. — Sur un cas de volumineux sarcome alvéolaire de la parotide.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, XIII, p. 154.)

Tumeur *grosse comme deux poings*, descendant jusqu'à la clavicule, dont l'extirpation put se faire sans lésions vasculaires ni nerveuses

Guérison rapide ; mais, trois semaines après, collapsus et mort. Une tumeur de même nature de la base du crâne, n'ayant déterminé aucun symptôme, en donna l'explication.

223. — Carcinome de la glande parotide. — Extirpation. Récidive après sept mois.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, obs. 14, p. 230.)

224. — Carcinome volumineux développé dans la glande parotide accessoire. — Extirpation. Examen histologique.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, obs. 15, p. 231.)

225. — Lipomes diffus du cou.

(*Études de Clin. chir.*, 1892, obs. 22, p. 241.)

Un des nombreux cas de ce genre que j'ai observés et opérés. Le développement aux dépens des glandes lymphatiques ne me paraît pas encore démontré.

226. — Des kystes du corps thyroïde.

(*Leç. clin. de l'Hôtel-Dieu*, 29 août et 19 sept., 1874; *Mouvement méd.*, 1874, p. 455.)

227. — Goitres simples et cancéreux. — Faux goitres.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXI, p. 389.)

Difficulté du diagnostic d'un *goitre simple*, dans quelques cas, par suite de telle ou telle particularité suspecte (commencement d'aphonie et développement d'un relief manifeste sur une corde vocale du même côté), ou de la marche rapide de l'affection, qui peuvent faire croire à un cancer ; d'autres fois, caractères d'une *tumeur non goitreuse,* rappelant beaucoup ceux d'un goitre simple (adhérences au larynx et à la trachée, élévation avec l'un et l'autre dans des mouvements de déglutition), telles sont, entre autres, les circonstances capables de faire hésiter jusqu'au moment même de l'opération.

228. — Plusieurs cas personnels de laryngotomie intercrico-thyroïdienne cités à l'appui de cette opération.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 241.)

229. — Extirpation totale d'un larynx atteint de cancer.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 633.)

A cette date, la laryngectomie avait été à peine pratiquée en France. L'opération trop tardive — par la faute du malade — fut suivie d'une prompte récidive.

230. — Un cas d'extirpation totale du larynx.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 249.)

C'est le rappel du cas précédent.

231. — Corps étranger de la partie supérieure de l'œsophage (petite pièce dentaire). — Extraction par les voies naturelles.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 114.)

232. — Perforation de l'œsophage par une épingle. Infection locale et générale. Mort.
(*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 11, et *Études de Clin. chir.*, 1892, obs. 33, p. 252.)

233. — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.
(*Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 29, et *Traité de la gastrostomie* de L.-H. Petit, p. 249.)

Déjà analysé plus haut (p. 81).

234. — De l'œsophagotomie interne en plusieurs séances.
(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 nov. 1889.)

Voyez plus haut, page 80.

IV. — COLONNE VERTÉBRALE. — THORAX. — MAMELLE.

235. — Fracture de la colonne vertébrale.
(*Études de Clin. chir.*, obs. 31, p. 251.)

236. — Le redressement des déviations pottiques.
(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 707.)

237. — Kyste dermoïde de l'épigastre offrant les caractères d'un tubercule sous-cutané douloureux.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 23, p. 241.)

238. — Abcès froids de la paroi thoracique.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXII, p. 403.)

Le but de cette leçon est de prouver que ces abcès *ne proviennent pas tous de dépôts tuberculeux à la face externe de la plèvre.* Cette théorie est beaucoup trop exclusive. Ils ont leur source quelquefois *dans les vertèbres,* souvent *dans les côtes,* plus ou moins souvent *dans la zone sous-pleurale.*

J'ai insisté sur ce fait que quelquefois ces abcès affectent la forme de *tumeurs très dures* résultant de la *transformation scléreuse de faisceaux musculaires* soulevés par le pus, disposition trop peu connue qui cause des erreurs de diagnostic.

239. — Sur l'incision postérieure dans la pleurotomie.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 537.)

A mon instigation, M. Walther, mon ancien interne, fit des recherches pour fixer le lieu d'élection en vue de l'évacuation des collections purulentes de la plèvre. Ce fut *à la partie postérieure du huitième espace intercostal* qu'il reconnut que l'incision était le mieux placée.

240. — Résection thoracique étendue pour chondro-fibrome récidivé de la huitième côte. Présentation du malade.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1902, t. XXVIII, p. 244.)

241. — Variété peu commune d'engorgement de la mamelle

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 600.)

Travail analysé antérieurement (p. 69).

242. — Sur un cas de mamelle irritable.

(*Leç. clin. de l'Hôtel-Dieu ; Gaz. des hôp.*, 1874, p. 937.

243. — Tubercules de la mamelle.
(*Rev. de chir.*, 1881, p. 26.)

Le principal élément de ce travail est une observation de *tuberculose mammaire* intéressante par le diagnostic : *mammite scrofuleuse*, qui fut porté, et surtout par l'examen histologique qui fut fait de la glande mammaire tout entière après son ablation. Il représente une contribution importante à l'histoire de la tuberculose mammaire, dont Dubar a présenté un tableau intégral dans sa thèse inaugurale. La maladie avait commencé par des abcès successifs de la glande restés fistuleux.

244. — Fibrome lacunaire de la mamelle chez un homme.
(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 900.)

245. — Kyste hydatique de la mamelle.
(*Gaz. méd.*, 1873, p. 17.)

Hydatide unique stérile contenue dans une cavité à parois très épaisses adhérente aux téguments. Les symptômes étaient ceux d'une affection maligne limitée. On ne connaissait alors que six cas du même genre.

246. — Cystosarcome volumineux du sein.
(*Bull. de la Soc. anat.*, 4 juil. 1873.)

247. — Épithélioma des deux mamelles avec noyaux dermiques secondaires, coïncidant avec une péritonite tuberculeuse.
(En collaboration avec M. Morestin.)
(*Rev. de chir.*, 1909, t. I, p. 425.)

248. — Statistique d'amputations du sein pour cancer.
(*Congrès franç. de chir.*, 1901, p. 463.)

249. — Le cancer du sein ; étude clinique et statistique.
(In-8 de 123 pages, 1902, J.-B. Baillière, édit.)

250. — Statistique d'amputations du sein pour cancer épithélial.
(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1907, t. LVII, p. 97.)

251. — Du cancer du sein. — Statistique et considérations personnelles.

(*IIe Congrès international de chirurgie*, Bruxelles, 1908, vol. I, p. 223.)

Cette suite de travaux relatifs au cancer du sein a été analysée et commentée antérieurement (p. 26), assez longuement pour qu'il n'y ait pas lieu d'y revenir ici. Ma *communication au IIe congrès international de chirurgie* de Bruxelles n'y a rien ajouté de très important. Les résultats que j'ai fait connaître, après addition de plusieurs cas nouveaux à ceux qui constituaient la substance de mes premières statistiques, n'en ont pas sensiblement modifié les conclusions.

V. — ABDOMEN. — VISCÈRES ABDOMINAUX

252. — Des contusions de l'abdomen. — Diagnostic des lésions profondes. — Indications opératoires.

Dans ce travail, j'ai cherché à réagir contre cette dangereuse idée *a priori* que le diagnostic des lésions viscérales causées par les violentes contusions de l'abdomen est impossible et qu'il faut toujours recourir à la laparotomie exploratrice. Je crois avoir montré que, *par une analyse très attentive de tous les symptômes*, si peu accentués qu'ils soient, on peut, dans un grand nombre de circonstances, *arriver à se faire une opinion ferme* sur l'existence ou la non-existence de désordres profonds nécessitant l'ouverture du ventre. Lorsqu'un doute persiste, *il vaut mieux intervenir*, je l'admets, et j'ai toujours conformé ma pratique à cette conclusion.

J'ai mis en relief la valeur de certains petits signes à côté desquels on passe généralement, sans leur attribuer l'importance qu'ils ont réellement (accélération de la respiration, coloration violacée des ongles, etc.).

Les cas dits sans symptômes se feront de plus en plus rares à mesure que les chirurgiens auront, en s'habituant à la recherche de ces indications délicates, affiné leur sens d'observation.

C'est en m'appuyant sur elles que j'ai pu le plus habituellement intervenir avec opportunité ou m'abstenir sans avoir eu à le regretter.

253. — Fibrome de la paroi abdominale développé dans la cicatrice d'une ancienne ovariotomie et ne présentant nullement les caractères d'une kéloïde.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 134 et 148.)

254. — De l'opportunité de la suture dans le cas de plaie de l'intestin.

(*Gaz. méd.*, 1887, p. 25.)

255. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Perforations intestinales multiples nécessitant la résection de deux anses. — Suture de la vessie. Mort.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 814.)

Observation complète, présentation de la vessie et des parties de l'intestin où les sutures avaient été faites. Celles-ci avaient parfaitement tenu, mais l'infection avait été encore plus précoce que l'intervention.

256. — Traitement chirurgical des perforations spontanées de l'estomac. — Considérations sur la chirurgie symptomatique de l'abdomen.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 522.)

257. — Extraction d'une longue cuiller en bois passée de l'estomac dans la cavité péritonéale.

(Communic. à l'*Acad. de méd.*, 8 janv. 1889, et *Rev. de chir.*, 1889, p. 315.)

Une longue cuiller à pot en bois, longue de $0^m,23$, dont la palette très usée n'avait plus guère que $0^m,03$ de large, avait été avalée, palette en bas, par un jeune homme que hantaient les prouesses des avaleurs de sabre. Le corps étranger, après avoir exercé une pression soutenue sur la grande courbure de l'estomac, juste au niveau de l'insertion des deux feuillets du grand épiploon, s'était insinué entre ces derniers, était entièrement sorti de l'estomac et s'était logé verticalement dans la cavité péritonéale. La paroi abdominale étant très contractée, il était impossible de sentir la cuiller par la palpation extérieure.

Je commençai par la chercher dans l'estomac, où elle devait se trouver, mais l'estomac était vide. J'en suturai de suite l'incision. Je fis alors une

autre incision sur la ligne médiane en passant par l'ombilic, et je trouvai le corps étranger presque verticalement placé et implanté dans le petit bassin. Il était entouré de quelques exsudats et d'une faible quantité de sérosité louche. Pas de péritonite proprement dite.

Guérison rapide, malgré des imprudences commises par le blessé qui *s'était levé pendant la nuit suivante et était allé boire à l'office de la salle d'hôpital.*

258. — A propos de corps étrangers de l'estomac, rappel de l'observation précédente.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 1076.)

259. — Épingle de nourrice avalée ouverte par un enfant de neuf mois. — Expulsion en soixante-douze jours.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, t. XXII, p. 35.)

Plusieurs radiographies ont permis de suivre la migration du corps étranger.

260. — Laparotomie pour une péritonite tuberculeuse enkystée.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1893, t. XIX, p. 205.)

Présentation de l'opérée et observation.

261. — Vaste étendue de paroi abdominale réséquée pour une éventration en poche.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 680, et *Études de Clin. chir.*, obs. 47, p. 275.)

Déjà mentionné plus haut (p. 82).

262. — Hernie traumatique de l'épiploon.

(*Thèse de doctorat* de Zablocki sur l'*Épiplocèle traumatique*, Paris, 1869.)

263. — Statistique d'opérations de hernies étranglées, d'après Collis.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 125.)

264. — Hernies en général et leurs accidents.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVII, p. 513-629.)

265. — Hernie ombilicale étranglée chez une femme enceinte de trois mois. — Kélotomie. Mort.

(*Gaz. méd.*, 1886, p. 103.)

266. — Deux faits de hernie enkystée de la tunique vaginale.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 45 et 46, p. 270.)

267. — Exposé d'un procédé spécial de cure radicale des hernies inguinales.

(*Rev. de chir.*, 1900, t. II, p. 731.)

Déjà mentionné plus haut (p. 48).

268. — Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXIII, p. 415.)

Question encore assez neuve au moment où je l'ai traitée. A côté des épiploïtes en connexion avec les annexites et les appendicites, et des épiploïtes par torsion, se placent celles qui apparaissent après les cures radicales de hernies et qui résultent habituellement d'une infection par les fils de catgut ou de soie. Mes faits s'ajoutent aux exemples déjà assez nombreux de cette rare complication, publiés depuis 1892. Choisir des fils offrant toute garantie, faire sur l'épiploon une chirurgie aussi parcimonieuse que le permettent les circonstances, ne pas entraver gravement la circulation par des ligatures embrassant une trop grande épaisseur de tissus, telles sont les précautions par lesquelles on peut le mieux éviter cette fâcheuse conséquence de l'intervention.

269. — Dissection d'une longue portion d'intestin prolabée et invaginée, consécutivement à la création d'un anus contre nature.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 443.)

270. — Conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.

(*Journ. de thérapeutique* de Gubler, 1876, p. 485, 531 et 569.)

Travail analysé plus haut (p. 69).

271. — De la laparotomie dans l'étranglement interne.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, t. V, p. 660.)

C'est un résumé du travail précédent avec des conclusions semblables.

272. — Laparo-entérostomie pour une obstruction intestinale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 301.)

Création d'un *anus artificiel médian* au-dessous de l'ombilic, après incision transversale de l'intestin grêle.

273. — De l'utilité des ponctions multiples avec le trocart ou la pointe du bistouri, et de la suture immédiate de chaque point ponctionné, pour l'évacuation de l'intestin au cours des laparotomies nécessitées par les étranglements internes.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIII, p. 491.)

Cette façon de procéder me parut préférable à la grande incision unique sur l'intestin préconisée par J. Bæckel.

274. — Invagination iléo-cæcale déterminée par un adénome du côlon ascendant.

(*Bull. de la Soc. anat.*, et *Études de Clin. chir.*, obs. 34, p. 253.)

275. — Invagination intestinale déterminée par un polype de l'intestin.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 41, et *Études de Clin. chir.*, obs. 35, p. 256.)

275. — Invagination intestinale.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 7, et *Études de Clin. chir.*, obs. 36, p. 257.)

Les deux premiers cas de cette petite série empruntent un intérêt particulier à l'existence d'une tumeur ayant entraîné la portion d'intestin sur

laquelle son pédicule était fixé. Le troisième est un exemple d'invagination iléo-colique de la dernière portion de l'intestin grêle atteinte de tuberculose.

277. — Occlusion intestinale. — Bride insérée sur l'intestin grêle et déterminant une coudure. — Laparotomie. Mort rapide par pneumonie.

(*Études de clin. chir.*, obs. 37, p . 258.)

278. — Occlusion intestinale à marche lente. — Anus artificiel. Rétablissement du cours des matières et guérison spontanée de l'anus artificiel.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 39, p. 259.)

279. — Occlusion intestinale dans un sac herniaire volumineux déterminée par la corde mésentérique qui comprimait l'intestin sur le bord de l'anneau.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 40, p. 261.)

280. — Étranglement interne par bride. — Anus artificiel sur une anse grêle, à droite (procédé de Nélaton). Mort.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 38, p. 259.)

281. — Accidents d'occlusion intestinale déterminés par de la gangrène du cæcum compliquée de cellulite sous-péritonéale.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 41, p. 262.)

En réalité, les phénomènes inflammatoires étaient peu marqués et devaient être secondaires, consécutifs à une *gangrène primitive du cæcum*, à foyers multiples, de cause restée indéterminée.

282. — De l'anus artificiel sur le cæcum.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 335.)

283. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature.

(*Congrès franç. de chir.*, 1895, p. 224.)

284. — Des anus contre nature accidentels ouverts dans le vagin.

(*Congrès franç. de chir.*, 1898, p. 325.)

285. — Trois cas d'anus contre nature (vaginal, ombilical, inguinal) traités avec succès.

(*Congrès franç. de chir.*, 1901, p. 521.)

286. — Traitement des fistules stercorales et des anus contre nature.

(*Clinique chir.*, 1904, XXXIV, p. 428.)

Cette question a été reprise dans son ensemble dans cet ouvrage; la leçon qui y a trait offre une étude comparative de toutes les méthodes. Un cas nouveau de résection s'y ajoute aux faits personnels déjà publiés (Voy. plus haut, p. 71).

287. — La colopexie associée au procédé d'Allingham dans la technique de la colostomie iliaque.

(*Congrès franç. de chir.*, 1908, p. 372.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 49).

288. — Une jéjunostomie de nécessité.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, t. XXIV, p. 995.)

Bouche créée sans succès sur la partie la plus haute de l'intestin grêle.

289. — De l'exclusion intestinale.

(*Rev. de gynécol.*, 1899, t. III, p. 81.)

Ce travail a eu pour but de vulgariser en France cette opération encore très nouvelle imaginée par Salzer, pratiquée par von Hochenegg et surtout par von Eiselsberg. Personne n'en avait encore, dans notre pays, présenté une vue d'ensemble. C'est sous ce rapport que cette publication a pu être de quelque utilité.

290. — Entéro-anastomose et exclusion de l'intestin.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXV, p. 440.)

C'est la même question traitée d'une façon un peu plus complète, avec adjonction de documents relatifs à l'anastomose intestinale et à l'exclusion proprement dite, unilatérale ou bilatérale.

291. — Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1909, t. LXII, p. 289.)

Voyez l'analyse plus haut (p. 72).

292. — Péricolite suppurée avec des symptômes d'appendicite, au niveau de l'angle droit du côlon. Incision. — Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, t. XXVI, p. 185.)

293. — Abcès pelvien et périsigmoïdite.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1907, t. XXIII, p. 494.)

Cette fois, il s'agissait d'une périsigmoïdite ayant déterminé la formation d'un énorme abcès pelvien qui s'ouvrit dans le rectum. La jeune malade guérit très bien. Quoique je l'eusse opérée pour une appendicite aiguë trois mois auparavant, je n'ai pas pu rattacher positivement cette infection à la maladie antérieure, parce que les suites de l'intervention avaient été très heureuses et très courtes.

294. — Entérectomie et entérorraphie pour une tumeur du côlon ascendant, suivies dans la même séance de l'extirpation des annexes de l'utérus.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXVI, p. 160, et *Études de Clin. chir.*, obs. 42, p. 263.)

295. — Présentation de la portion de côlon réséquée ayant 0m,22 de long, à la Société de chirurgie, avec l'observation résumée.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 662.)

Cette tumeur était un fibromyome annulaire, ayant amené un rétrécissement déjà serré de l'intestin (diamètre de l'orifice resté libre, de 0m,005 environ). Opérée revue longtemps après, vers 1902, en très bonne santé.

296. — Hernie inguinale congénitale de l'appendice vermiforme, avec étranglement du testicule et hématocèle de cet organe, chez un enfant de quatre ans.

(*Études de clin. chir.*, obs. 44, p. 269.)

297. — Sur l'appendicite et son traitement.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, t. XXXV, p. 327.)

298. — Appendicite et colite muco-membraneuse.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 542.)

299. — Infection et intoxication dans l'appendicite.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898, t. XL, p. 412.)

300. — De la nécessité des interventions très précoces dans le traitement des appendicites.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLI, p. 343.)

301. — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. XLVIII, p. 585.)

302. — Sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1906, t. XL, p. 677.)

303. — Tuberculose iléo-cæcale. Résection de 0m,96 d'intestin grêle. — Extirpation de masses ganglionnaires considérables. Mort par choc traumatique.

(*Congrès international de la tuberculose*, 1906, p. 74.)

304. — Corps étranger du rectum (couteau de table pointu) extrait par la fesse du milieu d'un vaste abcès. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, t. V, p. 594.)

305. — Prolapsus du rectum traité par plusieurs opérations successives.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXXI, p. 48.)

306. — Des rétrécissements du rectum.

(*Leçon clin. de l'Hôtel-Dieu ; Gaz. des hôp.*, 1875 p. 1025 et 1043.)

307. — De l'anus artificiel temporaire comme moyen de traitement indirect du syphilome ano-rectal.

(*Congrès internat. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889, p. 658.)

Déjà mentionné et analysé plus haut (p. 114).

308. — Sur le traitement antisyphilitique du syphilome ano-rectal.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXII, p. 533.)

Négation de l'efficacité du traitement spécifique.

309. — De la rectotomie externe.

(*Gaz. des hôp.*, 1875, p. 1044.)

310. — Épithélioma cylindrique de l'anus et du rectum. — Résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. — Création d'un anus sacré.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 43, p. 268.)

Cet homme vivait encore douze ans après l'opération.

311. — Déchirure profonde du foie.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 84.)

Présentation de la pièce.

312. — Traitement chirurgical des abcès du foie.

(*Congrès internat. de chir.*, Bruxelles, 1908, vol. 1, p. 150.)

J'insiste sur la nécessité d'employer, en vue du diagnostic parfois fort difficile, un très long trocart pour la ponction exploratrice, et de ne pas craindre de multiplier les ponctions.

313. — Des abcès gazeux du foie, à propos d'un rapport sur une observation de M. Couteaud.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1908, t. LIX, p. 681.)

Indépendamment de la pénétration de l'air par une fistule bronchique, il faut admettre le *développement spontané de gaz fétides* (Devé,

Kystes hydatiques) *dans des cavités closes*, même lorsqu'il ne s'agit das de kystes suppurés (deux faits personnels). Ce sont des gaz de putréfaction.

314. — Kyste hydatique très volumineux du foie guéri par une simple ponction suivie d'évacuation. — Présentation de la malade.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 411.)

315. — Kystes hydatiques du foie et de la rate ; marsupialisation du kyste hépatique. — Splénectomie. Mort.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 48, p. 277.)

316. — Calcul du canal cystique. — Cholécystostomie. Guérison. Présentation du calcul et observation.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 233 et 293.)

317. — Calcul du canal cystique. — Cholécystectomie partielle. Guérison.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIV, p. 863.)

318. — Lithiase de la vésicule biliaire coexistant avec un cancer des voies biliaires et du foie. — Incision exploratrice et extraction de très nombreux calculs ; mort par collapsus.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIV, p. 863, et *Études de Clin. chir.*, obs. 50, p. 282.)

319. — Distension intermittente de la vésicule biliaire.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 213.)

320. — Cholécystite et lithiase de la vésicule biliaire.

(*Clin. chir.* 1904, XXXVI, p. 455.)

Résumé de ma pratique et de mes impressions relativement à la chirurgie des voies biliaires, qui donne le plus souvent des résultats très beaux et très encourageants.

321. — Des kystes du pancréas.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 197-214.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 74.)

322. — Ictère chronique causé par un cancer du pancréas.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIV, p. 863.)

323. — Cancer présumé du pancréas. — Ictère chronique. Pas d'opération. Mort.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 51, p. 287.)

324. — Rupture traumatique de la rate. — Présentation du malade opéré dans mon service par M. Paul Delbet.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898, t. XL, p. 711.)

325. — Contusion abdominale par coup de pied de cheval. — Rupture de la rate. — Splénectomie à la huitième heure. Guérison.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1903, t. XLIX, p. 746.)

VI. — APPAREIL URINAIRE. — REINS.

326. — Maladies de la prostate et de la vessie.

(1 vol. grand in-8 de 800 pages, 1881.)

Cet ouvrage a été analysé plus haut (p. 19).

327. — Traité des affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.

(1 vol. grand in-8 de 820 pages, 1889.)

Ouvrage déjà analysé plus haut (p. 22).

328. — Du faux ballottement rénal.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1893, t. XIX, p. 89.)

Déjà analysé plus haut (p. 37).

329. — Néphrite double « a frigore » suivie de suppuration.

(Obs. insérée dans la *Thèse de doctorat* d'Amstein sur la *Pyélo-néphrite suppurée spontanée*, Paris, 1869.)

Sur une femme, morte dans le service des cholériques dont j'étais chargé en qualité d'interne, en 1866, je trouvai plusieurs foyers de sup-

puration, ayant les dimensions de noisettes, dans les deux reins. Je ne répondrais pas aujourd'hui que l'interprétation donnée à ces faits fût absolument exacte ; mais certaines circonstances la rendaient vraisemblable. En tout état de cause, la spontanéité demeure incontestable. La maladie avait frappé cette femme de trente ans, robuste, dont les reins ne portaient trace d'aucune autre lésion en pleine santé.

330. — Néphrites douloureuses et néphrotomie.

(*Congrès franç. de chir.*, 1898, p. 34.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 38).

331. — Traitement chirurgical des néphrites aiguës et chroniques.

(*Presse méd.*, 24 décembre 1904, et *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1906, vol. I, p. 678.)

Étude très approfondie de cette question sur laquelle on n'avait pas d'opinion très précise en France. La plupart des documents nous venaient des États-Unis et se trouvaient réunis dans le livre intéressant de Edebols. Les conclusions de cet auteur étaient très optimistes. Elles devaient cependant imposer certaines réserves. Je n'ai pas été seul à les formuler, et, en résumé, malgré quelques succès relatifs attribuables à cette méthode, entre les mains des chirurgiens français, malgré la large contribution que Pousson a apportée à son étude, il ne semble pas qu'elle soit sortie positivement victorieuse du contrôle exercé sur ses effets et ses résultats, depuis la publication des importants documents du chirurgien américain.

332. — De la trépanation de l'os iliaque comme moyen de traitement de certaines fistules rénales.

(*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1885, p. 457.)

Cette voie d'accès n'avait pas encore été employée pour les suppurations et les fistules d'origine rénale.

333. — Néphreotomie pour une fistule urinaire inguinale résultant de l'incision d'une hydronéphrose. Guérison.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 142, et *Arch. gén. de méd.*, 1884, p. 641.)

334. — Présentation d'un malade ayant subi la néphreotomie avec succès.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1884.)

C'est mon premier opéré, dont l'histoire a été rapportée plus haut (p. 22 et 84).

335. — Présentation d'un malade ayant subi la néphrectomie avec succès.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 401.)

Rein contenant un calcul qui pesait 25 grammes.

336. — Technique de la néphrectomie.

(*Rev. de chir.*, 1886, p. 1-30 et 104-129.)

Dans ce travail sont examinés avec soin et critiqués tous les procédés préconisés ou employés jusqu'alors pour l'extirpation du rein et le traitement de son pédicule. Cette étude a été reproduite dans le *Traité des affections chirurgicales des reins*, qui a été analysé plus haut (p. 651).

337. — Contribution à l'histoire de l'extraction des calculs du rein.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 194, et *Bull. de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1882, p. 337.)

Voyez plus haut, page 84.

338. — Néphrotomie et néphrectomie.

(*Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 128.)

Résumé de mes idées sur les indications respectives de ces deux opérations, conformément à l'état de la question à cette époque.

339. — Présentation de calculs du rein enlevés par la néphrotomie sur deux sujets.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 63.)

Dans ces deux cas, les reins étaient en état de suppuration. Le premier opéré avait guéri, le second était mort.

340. — Néphrolithotomie sur un rein non suppuré. — Suture du bassinet et du parenchyme rénal. Guérison.

(Communication à l'*Acad. de méd.*, séance du 26 juin 1888.)

Il a déjà été question de ce cas plus haut (p. 50). Je rappelle que c'était le *second cas de suture faite sur le bassinet* (Czerny avait pratiqué le premier cette suture) et le *premier cas de suture faite sur le parenchyme rénal lui-même.*

341. — Néphrolithotomie sur un rein non suppuré. — Plusieurs points de suture sur le parenchyme. — Réunion immédiate complète et rapide.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 531.)

Aucun cas du même genre n'avait été publié en France ni à l'étranger dans l'intervalle de mes deux opérations (Voy. plus haut, p. 51).

342. — Sur la suture du rein après la néphrolithotomie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 107.)

Cette communication a un caractère surtout historique. Elle a pour but de mettre hors de doute ma priorité relativement à la suture du parenchyme rénal et d'établir avec précision la chronologie de mes opérations de néphrolithotomie avec suture, par rapport à d'intéressantes recherches expérimentales qui avaient été publiées en 1889 par M. Tuffier.

343. — Présentation d'un rein calculeux extirpé avec succès.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 mars 1885.)

344. — Lithiase rénale. — Néphrectomie. — Rein gazeux.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892, t. XXV, p. 704, et *Études de Clin. chir.*, obs. 52, p. 288.)

Ce cas est très curieux en ce sens que les gaz ne provenaient pas de la putréfaction, mais étaient un mélange d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique, dans les proportions suivantes :

Azote et oxygène environ dans les rapports que révèle l'analyse de l'air	92,16
Acide carbonique	7,84
	100,00

De l'air qui se serait introduit accidentellement dans la poche n'aurait pas contenu cette très grande quantité d'acide carbonique. Ces gaz ne pouvaient donc provenir que du sang.

345. — Kystes paranéphriques et uronéphroses traumatiques.

(*Rev. de chir.*, 1903, vol. II, p. 62, 209, 380, 531, 868.)

Pour cette consciencieuse et instructive étude, dont le mérite revient, pour la presque totalité, à M. Paul Delbet, mon ancien chef de clinique, ma contribution a été de trois observations et d'une leçon clinique qui a été fondue dans ce travail : trois observations, dont deux incontestables de kystes paranéphriques traumatiques, et une d'hydronéphrose traumatique, sur laquelle tout le monde pourrait ne pas être absolument d'accord, mais dont l'interprétation m'a semblé en concordance vraisemblable avec les circonstances.

Après avoir compulsé et analysé un très grand nombre d'observations, Paul Delbet a établi de la manière la plus précise l'existence des deux sortes de lésions occasionnées par le traumatisme, et dans une catégorie à part, afin de débarrasser la question de tout ce qui pouvait l'embrouiller, il a placé les cas dont l'imprécision était telle qu'il lui a été absolument impossible de les rattacher à l'un ou à l'autre des deux premiers groupes.

346. — Hydronéphrose partielle du rein gauche ayant donné lieu à de graves hématuries. — Néphreotomie partielle.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, t. XXXII, p. 254.)

La partie supérieure du rein était le siège de plusieurs bosselures correspondant à des poches partiellement indépendantes les unes des autres et dont je n'ai pas pu trouver, au cours de l'opération, la communication avec le bassinet. La néphrectomie partielle avec suture du parenchyme fut suivie de succès, mais une fistule urinaire consécutive ne fut complètement tarie qu'après plusieurs mois.

347. — Un cas de néphrectomie pour tuberculose rénale.

(*Congrès franç. de Chir.*, 1889, p. 152.)

348. — Des kystes hydatiques du rein.

(*Journ. de méd. de Paris*, 5 janvier 1890.)

349. — Kystes sanguins et cancer du rein.

[(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 238.)

350. — Carcinome du rein gauche. — Néphreotomie transpéritonéale. Guérison.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXI, p. 136.)

Tumeur très considérable du flanc gauche dont l'extirpation a offert de grandes difficultés ; mais les suites opératoires ont été quand même très simples. Récidive plusieurs mois plus tard.

351. — Rein mobile. — Crises douloureuses causées par la rétention d'une minime quantité de liquide. — Néphropexie. — Guérison.

(En collaboration avec Paul Delbet, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1901, p. 17.)

VII. — URETÈRE.

352. — Plusieurs cas d'urétérite et de péri-urétérite.

(In *Thèse de doctorat* de Tourneur, Paris, 1886.)

353. — Imperforation congénitale de l'anus et des uretères.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 186.)

Déjà mentionné plus haut (p. 52).

354. — Création d'un méat urétéral artificiel par la greffe cutanée de l'uretère dans la région du flanc.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 533, et *Aff. chir. des reins, des uretères et des capsules surrénales*, p. 803.)

355. — Autre cas de méat urétéral artificiel.

(*Clin. chir.*, 1904, p. 575.)

Ces deux faits ont été présentés et commentés plus haut (p. 54).

356. — Papillomes de l'uretère. — Néphrectomie et urétéreotomie totale. Guérison.

(En collaboration avec M. ALBARRAN ; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLI, p. 240.)

La cystoscopie avait révélé l'existence d'un bouquet de petits papillomes autour de l'orifice vésical de l'uretère et rendu possible un diagnostic précis avant l'intervention.

VIII. — VESSIE.

357. — Calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux. Extraction par l'urètre.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 488, et *Traité des mal. des voies urinaires*, par VOILLEMIER et LE DENTU, t. II, p. 454.)

358. — Présentation d'un instrument pour la taille vésico-vaginale.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 207.)

Déjà mentionné page 57.

359. — Taille sus-pubienne sur un homme de soixante et onze ans avec le thermocautère. — Calculs multiples et volumineux de la vessie. Guérison.

(*Gaz. méd.*, 1882, p. 298.)

360. — Extraction par la voie périnéale d'un fragment de tube de caoutchouc contenu dans la vessie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 340.)

Ce corps étranger, déjà incrusté de sels calcaires, ne pouvait être extrait par l'urètre. C'est ce qui m'engagea à recourir à la voie périnéale.

361. — Deux cas de taille vésico-vaginale pour cystite purulente douloureuse.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 102 et 384.)

Faits rapportés et analysés plus haut (p. 83).

362. — Quatre cas de taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 152.)

Faits rapportés et commentés page 83.

363. — La taille vésico-vaginale pour urétéro-pyélite.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 213.)

Ici cette opération n'est rationnelle que si les lésions rénales sont secondaires à de la cystite et encore peu développées.

364. — Sur le séparateur des urines de Luys. — Historique de la méthode et réflexions sur son emploi, à l'occasion de la présentation de l'instrument.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1903, t. XLIX, p. 408.)

IX. — PROSTATE ET URÈTRE.

365. — Curage du lobe gauche de la prostate pour tuberculose.

(*Congrès franç. de chir.*, 1889, p. 153.)

Déjà mentionné plus haut (p. 83).

366. — Fausses routes étendues de l'urètre.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 15.)

Présentation d'une pièce.

367. — Kyste de la prostate.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 27, et *Mal. de la prostate et de la vessie*, par Voillemier et Le Dentu, p. 138.)

A la partie inférieure d'une prostate hypertrophiée, vaste poche ayant les dimensions d'une petite mandarine, qui confine en avant à l'urètre membraneux et en arrière au point d'abouchement normal des conduits éjaculateurs. Ceux-ci sont restés indépendants de la poche. Elle communique avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices, qui

ne sont autres que ceux des canaux excréteurs des lobules glandulaires détruits Une compression soutenue fait sourdre par ces orifices un liquide sanguinolent, n'ayant pas les caractères objectifs du pus, et d'une viscosité remarquable. La poche est uniloculaire et limitée par une paroi celluleuse mince et parfaitement unie.

368. — Traitement des fistules péniennes.

(*Gaz. méd.*, 1885, p. 243.)

Dans cette leçon, la suture transversale est recommandée, avec emploi de tubes de Galli.

369. — Présentation d'un moulage de verge atteinte d'hypertrophie éléphantiasique par suite d'infiltration urinaire ancienne et de fistules urinaires persistantes.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 400.)

370. — Examen comparatif de 24 urétrotomies internes et de 24 divulsions.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 367, et *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1886, p. 471.)

371. — Comparaison de l'urétrotomie interne et de la divulsion.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 520.)

372. — Des spasmes réflexes de l'urètre et du traitement de certains d'entre eux par la divulsion.

(*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1892, p. 241.)

373. — Suture du périnée après une urétrotomie externe.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 775.)

H. — APPAREIL GÉNITAL DES DEUX SEXES.

374. — Des anomalies du testicule.

(*Thèse pour l'agrégation en chirurgie*, 1869.

Ouvrage déjà analysé plus haut (p. 12).

375. — Contre les exagérations de l'orchidopexie.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 300.)

376. — Des situations habituelles et exceptionnelles du testicule dans le cas de tumeurs des bourses.

(*Études de Clin. chir.*, XVII, p. 180.)

Travail déjà analysé plus haut (p. 39).

377. — Tératome du testicule.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 585, et *Méd. moderne*, 1890, n° 1.)

Tumeur très volumineuse, grosse comme deux poings, dans laquelle le testicule n'était pas englobé, qui contenait, outre une quantité considérable de liquide mélicérique, de la substance sébacée, des poils en abondance, du tissu osseux et cartilagineux, et même du *tissu nerveux.*

Le diagnostic clinique avait été fait avant l'extirpation de la tumeur avec le testicule.

378. — Présentation d'un testicule atteint de cancer.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 139.)

379. — Dégénérescence secondaire des ganglions intra-abdominaux à la suite d'une castration pour cancer du testicule.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 271.)

380. — Trois faits de tumeurs malignes du testicule.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 17, 18 et 19, p. 235.)

381. — De l'extirpation du canal déférent et des vésicules séminales.

(*Congrès d'urologie*, 25 octobre 1901.)

Trois faits d'extirpation partielle et totale des canaux déférents, suivant le procédé de Baudet et Duval. Je fais des réserves relativement à la facilité de l'extirpation des vésicules séminales par le même procédé.

382. — Les vaginalites plastiques.

(*Gaz. des hôp.*, 1891, n° 77.)

383. — Sur deux cas de vaginalite plastique.

(*Études de Clin. chir.*, XVI, p. 177.)

Cas où l'épaississement de la tunique vaginale *était extrême* et dans lesquels le liquide *était resté séreux.* Le seul procédé recommandable consiste dans l'extirpation de toutes les parties indurées, en laissant seulement une bande sur laquelle reposeront le testicule et le canal déférent conservés.

384. — Hydrocèle diverticulaire simulant une hydrocèle funiculo-vaginale.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 53, p. 292.)

385. — Examen critique de certains procédés de cure radicale du varicocèle basé sur huit observations personnelles.

(*Congrès franç. de chir.*, 1887, p. 400.)

386. — De la cure dite radicale du varicocèle d'après 15 observations personnelles. — Exposé d'un procédé d'excision du scrotum.

(*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1887, p. 14 et 92.)

Ces deux travaux ont été analysés plus haut (p. 85).

387. — Énorme molluscum de la grande lèvre gangrené. — Accidents septiques très graves, délire septicémique. — Ablation de la tumeur suivie d'une prompte guérison.

(*Bull. de la Soc. anatomique*, 20 juin 1873. Communic. par MM. LAGRANGE et DURET.)

Tumeur descendant jusqu'aux genoux, frappée de gangrène en plusieurs points. *Délire très accusé d'origine septicémique.* Température supérieure à 40°, qui, deux heures après l'opération, était descendue à 39° et douze heures après à 37°,8. Guérison complète en cinq jours après l'ablation de la tumeur.

388. — Végétations de la vulve traitées par le raclage.

(*Thèse de doctorat* de CASTILHON, Paris, 1886.)

389. — Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 589, et *Ann. de gynécol.*, 1890, p. 337.)

390. — Sur le traitement des fistules recto-vaginales.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 179.)

Il s'agit d'un nouveau procédé qui a été exposé plus haut (p. 54).

391. — Les sarcomes du vagin dans l'enfance.

(*Clin. chir.*, 1904, XXXVII, p. 469.)

A propos d'un cas, le premier que j'observais, de sarcome du vagin, développé chez une petite fille de trois ans et demi, j'ai présenté dans cette leçon l'histoire complète de ces sortes de tumeurs basée sur un relevé de tous les faits publiés antérieurement, du moins relatifs aux jeunes sujets. J'ai pu en ajouter 4 à ceux du travail important de Veit.

Cette leçon renferme un procès-verbal d'autopsie très détaillé et est illustrée par quatre dessins histologiques qui m'ont permis d'être très affirmatif sur la nature et la variété du tissu néoplasique.

392. — Le traitement de l'endométrite à propos d'un travail de M. Para.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 126.)

Dans ce rapport, j'ai démontré le danger des bâtonnets de chlorure de zinc introduits dans l'utérus et les conséquences qu'avait eues cette méthode (atrésie quelquefois absolue du canal cervico-utérin) dans 51 observations dont j'avais eu connaissance. Je me suis prononcé catégoriquement en faveur du curettage suivi d'une cautérisation toujours très superficielle avec la glycérine créosotée au tiers.

393. — Des indications générales et des résultats du curettage utérin.

(*Études de Clin. chir.*, XVIII, p. 188.)

394. — Les infections puerpérales aiguës et leur traitement.

(*Leç. clin.; Bull. méd.*, 10 mai 1905.)

J'ai essayé de démontrer combien on pouvait peu compter sur l'hystérectomie pour mettre fin à ces accidents généraux dont la source n'est

plus nettement dans l'utérus au moment où l'on a à les combattre. Ces formes-là sont les plus graves ; elles peuvent durer très longtemps lorsque l'intoxication générale n'est pas d'emblée assez profonde pour causer la mort à bref délai. L'hystérectomie n'est vraiment bien indiquée que s'il existe des symptômes locaux de métrite et de périmétrite. Autrement elle risque fort de n'avoir aucune influence sur les accidents infectieux et d'aggraver la situation.

J'ai préconisé après d'autres la méthode des bains froids comme méritant la préférence dans ces circonstances délicates.

395. — Statique utéro-pelvienne. — Rétroposition de l'utérus.
(*Clin. chir.*, 1904, XXXVIII, p. 486.)

Pas de connaissance possible des causes des déviations totales ou partielles de l'utérus si l'on ignore les conditions de son équilibre dans le petit bassin. Quoi qu'on ait pu dire, *cet équilibre dépend des ligaments.* On n'a pu affirmer qu'ils ne servaient à rien qu'en faisant des expériences sur le cadavre, alors que le système musculaire de ces ligaments est frappé d'inertie, et en négligeant par conséquent la condition fondamentale de leur fonctionnement, la vie.

J'estime, pour mon compte, que les tiraillements exercés sur eux par les changements de position de la femme et de l'utérus déterminent des contractions réflexes, ceci dans l'état normal. Lorsque la musculature des ligaments est altérée ou détruite, l'utérus se déplace dans tous les sens, et pour peu qu'il s'y ajoute de la flexion du corps sur le col et un relâchement plus ou moins considérable de la paroi vaginale et du périnée, la rétroposition s'établit, s'exagère et aboutit au prolapsus.

396. — Étiologie et diagnostic des rétrodéviations utérines.
(*Clin. chir.*, 1904, XXXIX, p. 489.)

397. — Traitement des rétrodéviations utérines.
(*Clin. chir.*, 1904, XL, p. 509.)

398. — De la rétroversion utérine.
(*Leç. clin.* ; *Presse méd.*, 21 février 1906.)

399. — Sur l'opération d'Alexander.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XVI, 1890, p. 187.)

400. — De la vagino-fixation utérine pour le traitement des rétrodéviations.

(*Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1895.)

401. — L'hystérectomie vaginale pour le prolapsus utérin.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 80.)

Excellente méthode pour les cas extrêmes, à condition de procéder à une restauration très solide du vagin et du périnée.

402. — Sur un signe nouveau de la rétrodéviation et de la rétroflexion utérine.

(*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 211.)

403. — La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodéviation.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 214, et *Clin. chir.*, XXXIX, p. 498.)

Ce nouveau signe des rétrodéviations et flexions a été exposé et commenté plus haut (p. 42).

404. — Hypertrophie du col utérin.

(*Mouvement médical*, 1874, p. 456.)

405. — Grand kyste de la paroi antérieure de l'utérus.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 140.)

406. — Le traitement des fibromes utérins.

(*Clin. chir.*, 1904, XLI, p. 526.)

Cette leçon est avant tout une protestation contre le *faux principe* au nom duquel tout fibrome doit être considéré comme une tumeur maligne, non pas au point de vue de sa structure, mais à cause des accidents qu'il peut causer, et doit être *extirpé sans retard*. La clinique donne chaque jour des démentis à ce prétendu axiome. Les seules interventions néces-

saires ou urgentes sont motivées par les douleurs excessives, les inflammations concomitantes des trompes et des ovaires, les hémorragies, le développement rapide et le volume déjà considérable au moment du premier examen. L'atrophie à l'époque de la ménopause n'est nullement un leurre, ainsi qu'on tend à l'affirmer comme argument en faveur de l'opération quand même.

La méthode opératoire à laquelle la préférence doit être donnée est l'hystérectomie vaginale quand la tumeur est encore peu volumineuse, l'hystérectomie abdominale subtotale quand la myomectomie ne peut pas être exécutée avec un avantage marqué.

407. — Des propagations prochaines et éloignées du cancer utérin.

(*Clin. chir.*, 1904, XLIV, p. 568.)

L'envahissement des tissu voisins peut amener la compression et l'enveloppement des uretères, avec leurs conséquences ordinaires. Les propagations éloignées au système lymphatique demandent une interprétation particulière : elles sont le résultat d'une véritable récurrence, et la marche rétrograde part, pour les ganglions inguinaux, des ganglions intrapelviens et iliaques (parfois la propagation suit le ligament rond), et, pour les ganglions sous-claviers et axillaires, du canal thoracique.

408. — Formes exceptionnelles des tumeurs malignes de l'utérus.

(*Clin. chir.*, 1904, XLII, p. 541.)

409. — Néoplasmes rares de l'utérus du type conjonctif.

(*Clin. chir.*, 1904, XLIII, p. 556.)

Ces deux leçons concernent les épithéliomes du *corps de l'utérus*, avec leur marche particulière, d'une part, et de l'autre les néoplasmes de type conjonctif, sarcomes du corps ou du col, dans leurs rapports avec la sclérose utérine et les fibromyomes, myxosarcomes du col en grappe de raisin, et quelques autres types de tumeurs plus rares encore. Parfois certaines de ces néoplasies à type conjonctif sont *accompagnées par des nodosités vaginales* tout à fait séparées les unes des autres, fait sur lequel on n'a guère attiré l'attention jusqu'ici.

410. — De la grossesse extra-utérine.

(*Études de Clin. chir.*, XX, p. 204.)

A l'époque où cette leçon a été publiée, on discutait encore beaucoup relativement à la conduite à tenir dans le cas de grossesse ectopique. J'ai insisté sur les signes capables de mettre quelquefois sur la voie du diagnostic : troubles de menstruation, retards plus ou moins marqués, modifications de la mamelle et de l'aréole, etc. J'ai rappelé les cas d'hématocèle à début inquiétant et dont les symptômes se calment après un temps quelquefois assez court, et l'intérêt qu'il peut y avoir à attendre que l'épanchement sanguin se soit enkysté, avant de décider de la nécessité de l'intervention.

Il est opportun et légitime d'agir toutes les fois que la vie est menacée, ou que la grossesse supposée n'a pas dépassé ni même atteint cinq mois. Si la grossesse a atteint six mois et semble suivre son cours sans occasionner des accidents, si après avoir atteint six mois et davantage sa marche est interrompue par la mort de l'enfant, il faut attendre pour intervenir, dans le premier cas, que le fœtus vivant soit âgé d'un peu moins de sept mois (on peut alors le sauver), et, dans le second cas, attendre jusqu'à ce qu'on puisse penser que le placenta s'est atrophié. En effet, ce qu'il faut redouter, c'est l'hémorragie au moment du décollement du placenta. Donc, que l'enfant soit mort ou vivant, il faut laisser le placenta en place et attendre qu'après l'opération il s'atrophie graduellement et se dessèche entièrement.

411. — Présentation de deux embryons provenant d'une grossesse tubaire à sac unique.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, t. XXXV, p. 214.)

412. — Kysto-fibrome végétant pédiculé du ligament large.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIII, p. 444, et *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. X, p. 913.)

Tumeur grosse comme un petit œuf d'autruche, très dure, très mobile, n'ayant déterminé ni végétations péritonéales, ni ascite, d'un type absolument bénin et aussi *extrêmement rare.*

413. — Hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 748.)

Observation suivie de l'exposé d'un procédé de ligatures multiples des ligaments larges au moyen d'un porte-fil spécial.

Déjà mentionnée plus haut (p. 58).

414. — Maladies des annexes de l'utérus.

(*Traité de chir. clin. et opér.*, t. X, p. 769-963.)

Déjà mentionné plus haut (p. 32).

415. — Pelvipéritonite suppurée. — Guérison à la suite de deux ponctions aspiratrices.

(*France méd.*, 1880, p. 666.)

416. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus.

(*Gaz. des hôp.*, 27 février 1892, et *Arch. de tocologie et de gynécologie*, 1892.)

417. — Inflammation des annexes de l'utérus. — Suppurations pelviennes.

(*Clin. chir.*, 1904, XIV, p. 586.)

C'était le moment où l'antagonisme entre les partisans exclusifs de l'hystérectomie vaginale et ceux de la laparotomie avait atteint sa plus grande acuité. Tout en reconnaissant les avantages énormes de l'hystérectomie vaginale dans certaines conditions déterminées, j'ai pris parti pour la laparotomie, qui permet de mieux voir ce qu'on fait et de pratiquer des opérations plus complètes. On a eu tort, depuis cette époque, de verser trop du côté de la laparotomie. L'hystérectomie vaginale doit être maintenue, comme une excellente opération qu'elle est, dans la thérapeutique opératoire des annexites.

418. — Suites éloignées de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

(*Congrès franç. de chir.*, 1891, p. 175.)

J'ai montré que des *tronçons de trompes incomplètement enlevées* pouvaient se convertir en sortes de *kystes*, et que la simple dilatation lente de l'utérus pouvait suffire pour provoquer l'évacuation de ces cavités tubulaires.

419. — Incision des culs-de-sac vaginaux dans les suppurations pelviennes.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, t. XXIV, p. 765.)

Cette incision suffit quelquefois pour guérir entièrement les malades ; habituellement elle fait cesser les accidents graves, et, si la guérison demeure incomplète, elle permet l'hystérectomie vaginale ultérieure dans des conditions beaucoup plus bénignes.

420. — De la dilatation de l'utérus comme moyen de traitement des salpingites.

(*Études de Clin. chir.*, XIX, p. 198.)

Moyen pas assez souvent employé et qui a eu assez fréquemment ce résultat, sous mes yeux, de faciliter l'évacuation de trompes contenant du liquide séreux et du pus. Il faut naturellement que l'orifice utérin de la trompe ne soit pas tout à fait oblitéré.

421. — Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 novembre 1878, et *Rev. de chir.*, 1885, p. 1.)

C'était sans doute un cas de torsion d'un kyste de l'ovaire interprété comme on pouvait le faire à cette époque.

422. — Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. — Ovariotomie. Guérison.

(Obs. IV d'un mémoire de Terrillon; *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 261.)

423. — Un cas de torsion du mésentère après l'extirpation d'un kyste de l'ovaire.

(*Congrès franç. de chir.*, 1905, p. 837.)

424. — Ovariotomie suivie de guérison chez une femme de soixante-cinq ans.

(*Gaz. méd.*, 1885, p. 103.)

425. — Tuberculose génitale de la femme.

(*Clin. chir.*, 1904, XLVII, p. 615.)

Exposé didactique de cette importante question. Un cas d'ancienne péritonite tuberculeuse enkystée où ont été trouvés un grand nombre de larges corps hordéiformes de même nature sans doute que ceux des kystes synoviaux du poignet, mais plats comme des graines de melon. Leur inoculation à des cobayes les a rendus tuberculeux.

426. — Épithéliome secondaire de l'ovaire consécutif à une ancienne résection intestinale pour cancer.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 351 et 628.)

427. — Épithéliome kystique secondaire de l'ovaire.

(*Clin. chir.*, 1904, XLVI, p. 604.)

Ces deux indications se rapportent au même fait. Les épithéliomes secondaires des ovaires *sont tellement rares* que certains traités spéciaux ne les mentionnent même pas. Cette fois la corrélation ne peut paraître douteuse.

428. — Un cas de kyste dermoïde de la trompe.

(*Semaine gynécologique*, 1909, p. 353.)

Fait des plus rare. On en citerait à peine quelques exemples.

429. — Des parotidites consécutives aux opérations sur l'appareil génital de la femme.

(*Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 12, et *Clin. chir.*, 1904, XXV, p. 311.)

I. — MEMBRES.

430. — Sur les traumatismes graves des membres.

(*Congrès franç. de chir.*, 1905, p. 111.)

Ce sont des considérations générales sur l'opportunité, de plus en plus reconnue, de la conservation. C'est aussi l'exposé de toutes les méthodes de traitement inspirées par l'antisepsie et l'asepsie qui assurent la conservation dans la grande majorité des cas.

431. — Kyste hydatique de l'humérus gauche. — Observation et présentation du malade.

(*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1899, t. XXV, p. 148.)

Difficulté du diagnostic au début, évidement de la diaphyse et de la tête de l'humérus, en deux ou trois interventions. Guérison sans amputation.

432. — Chondro-myxosarcome de l'humérus. — Désarticulation de l'épaule. Guérison.

(*Congrès franç. de chir.*, 1897, p. 671.)

433. — Main, pathologie et séméiotique.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 282-387.)

Article didactique présentant l'ensemble de cette question de chirurgie régionale.

434. — Des suppurations aiguës de la main et de l'avant-bras.

(*Études de Clin. chir.*, XIV, p. 164.)

Dans cette leçon, la part respective des synovites et des lymphangites est faite avec soin ; ces dernières ne doivent pas être considérées comme étant seules en cause.

435. — Mains creuses congénitales avec pouce varus à angle droit sur la paume.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1907, t. XXIII, p. 438.)

Déjà mentionné plus haut (p. 43).

436. — Ongles. — Anatomie, pathologie et séméiotique.

(*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, p. 539.)

437. — Extraction d'une balle logée dans le muscle iliaque au moyen de la trépanation de l'os iliaque.

(*Bull. de la Soc. clin.*, 1878, p. 43.)

438. — Désarticulation de la hanche pour une ostéomyélite tuberculeuse du fémur consécutive à une arthrite tuberculeuse du genou.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 467 et 471.)

Voyez plus haut, page 68.

439. — Cinq cas de désarticulation de la hanche.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 467 et 471.)

Faits déjà analysés plus haut (p. 68).

440. — Kyste dermoïde pédiculé de la fesse, ayant 0m,22 de longueur, implanté au voisinage et à gauche du coccyx.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 24, p. 242.)



Fig. 18. — Kyste dermoïde pédiculé de la fesse.

Cas très curieux. La tumeur, renflée à son extrémité inférieure, ressemblait à un massif battant de cloche (fig. 18).

Le contenu de ce kyste était constitué par des cellules lymphatiques infiltrées de granulations graisseuses, de lames épidermiques cornées très abondantes et de cristaux de cholestérine.

La paroi, recouverte d'un épithélium pavimenteux, présentait par places des soulèvements papillaires et des végétations dans l'épaisseur desquelles on trouva des globes épidermiques très nets. L'ablation de la tumeur fut facile et suivie d'une prompte guérison.

441. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 13, p. 229, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 140.)

442. — Cas de coxa vara consécutifs à un décollement épiphysaire de la tête du fémur.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, t. XXXI, p. 839.)

443. — Tumeur à myéloplaxes du fémur. — Désarticulation de la cuisse. — Circulation veineuse dans l'intérieur de la pièce.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 515.)

444. — Présentation d'un volumineux ostéosarcome de la cuisse ayant nécessité la désarticulation de la cuisse.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, 10 octobre.)

445. — Angiome profond situé sur le trajet du nerf tibial postérieur et ayant donné lieu à tous les symptômes d'un névrome. — Extirpation. Guérison.

(*Études de Clin. chir.*, obs. 21, p. 239.)

446. — Résection d'un volumineux cal vicieux de la jambe ayant occasionné la flexion des deux os à angle droit. — Suture des os bout à bout. — Guérison avec un raccourcissement de 12 à 15 centimètres. — Présentation de moulages reproduisant la jambe avant et après l'opération.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 212.)

447. — De l'implantation d'os décalcifié dans le cas de tuberculose du pied.

(*Congrès franç. de chir.*, 1893, p. 245.)

448. — Tumeur myéloïde du pied et pièce sèche obtenue après préparation du squelette entier du pied.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 454.)

449. — Sur un pied creux paralytique traité par la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire.

(*Leç. clin. de l'Hôtel-Dieu*, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1876, t. XLVII, p. 493.)

450. — Talus valgus paralytique traité par la résection limitée du tendon d'Achille et l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 52, et *Rev. d'orthopédie*, 1er mai, 1901, p. 161.)

Résultat excellent sur lequel je n'aurais pas osé compter et dont témoignent des moulages présentés à la Société de chirurgie et représentés dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire* (t. X, p. 1146).

J. — MALADIES CHIRURGICALES DES PAYS CHAUDS.

451. — Abcès gazeux du foie, à propos d'une communication de M. Couteaud à l'Académie de médecine.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1908, t. LIX, p. 681.)

452. — Considérations sur le traitement des abcès du foie et spécialement sur les abcès gazeux de cet organe.

(*Congrès international de chirurgie*, Bruxelles, 1908, p. 150.)

453. — Sur un cas d'hydrocèle graisseuse.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 874.)

L'origine filarienne de l'épanchement avait été démontrée par la constatation d'embryons de la *Filia sanguinis* dans le liquide et surtout dans les grumeaux fibrineux qui s'en étaient séparés.

454. — Des accidents occasionnés par la filaire du sang. — De son rôle pathogénique dans l'hydrocèle graisseuse.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 800-813.)

Résumé de l'histoire de la filariose à l'occasion de ce fait. A cette

époque, cette question était à peine connue à Paris, et les chirurgiens n'avaient guère eu l'occasion de l'observer ni même d'en entendre parler.

455. — Hydrocèle laiteuse d'origine filarienne traitée par l'incision. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, t. XXIV, p. 1145.)

456. — De l'éléphantiasis primitif du testicule indépendant de celui du scrotum.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 615.)

457. — Examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XVI, p. 258.)

Ces travaux ont été analysés plus haut (p. 41).

458. — Lymphangiome inguino-scrotal pédiculé et adénolymphocèle inguino-crurale. — Extirpation. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 1147.)

459. — Lymphoscrotum, adénolymphocèle inguino-crurale, varicocèle lymphatique. — Résection du scrotum, extirpation de l'adénolymphocèle, résection du varicocèle lymphatique. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 1148.)

460. — Adénolymphocèle double, éléphantiasis du scrotum. Triple opération. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 1151.)

Ces travaux ont été analysés plus haut (p. 39).

461. — Large et profond lymphangiome congénital du dos au voisinage de l'aisselle. — Varices lymphatiques vésiculaires entourant la tumeur. — Extirpation. Guérison.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 1146.)

Ce fait a ceci d'intéressant que le jeune homme atteint de cette lésion n'avait jamais quitté les environs de Paris. La filaire ne pouvait donc pas

être en cause dans la pathogénie de l'affection, et cependant les caractères anatomo-pathologiques et histologiques de la tumeur étaient exactement les mêmes que ceux que j'avais constatés dans les cas qui précèdent.

Une récidive partielle au niveau de la cicatrice principale et la reproduction de vésicules lymphatiques dans ses alentours m'obligèrent à faire une deuxième opération. Outre la tumeur principale, j'enlevai une à une toutes les vésicules, et j'obtins une guérison définitive qui se maintient depuis plusieurs années.

462. — Technique des opérations nécessitées par le varicocèle lymphatique, l'éléphantiasis du scrotum, le lympho-scrotum, l'adénolymphocèle et le lymphangiome pédiculé de l'aine.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 1152.)

Pour le varicocèle lymphatique, on peut procéder par section double et ligature des deux bouts, ou par résection de quelques centimètres. Celle-ci est préférable, comme pour le varicocèle veineux.

Pour le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal, il faut attirer la tumeur après l'avoir dégagée, mais avec les précautions nécessaires, afin d'éviter la rupture ou la déchirure du pédicule. Sur ce dernier, il faut placer au moins deux ligatures entrelacées, qui, suffisamment serrées, s'opposeront à la lymphorragie.

L'adénolymphocèle peut être facilement enlevée si l'on ne perd pas de vue que la tumeur a deux pédicules, l'un inférieur, l'autre supérieur et interne correspondant au canal crural et qui y pénètre. Donc toute l'opération doit être menée de bas en haut et de dehors en dedans. Un lambeau triangulaire à base interne, dessiné par une incision parallèle à l'arcade de Fallope et par une autre incision parallèle au muscle couturier, et disséqué de dehors en dedans, met à nu la face antérieure de la tumeur, qui adhère quelquefois étroitement aux téguments, tandis que sa face profonde n'est reliée à l'aponévrose crurale que par des tractus celluleux assez lâches ordinairement. C'est le moment de placer deux ligatures sur le pédicule inférieur et de le sectionner entre elles. Il ne reste plus à s'occuper que du pédicule supéro-interne. Comme il est formé quelquefois de vaisseaux lymphatiques ayant plusieurs millimètres et jusqu'à 1 centimètre de diamètre, il faut mettre tout en œuvre pour se rendre maître de la lymphorragie immédiate ou secondaire : ligatures multiples,

suture des orifices vasculaires, occlusion avec le fascia cellulo-graisseux voisin, compression et tamponnement. Je n'ai jamais vu survenir la moindre complication septique à la suite de ces sortes d'interventions.

Contre l'éléphantiasis scrotal et le lympho-scrotum, les résections très étendues en tranches de melon ou avec taille de lambeaux et autoplastie, constituent le procédé classique ; mais il faut s'attendre à des récidives avec le lympho-scrotum. L'ablation isolée des vésicules trop excentriques pour être comprises dans les excisions s'impose absolument.

463. — Lymphangiome du canal inguinal. — Varicocèle lymphatique, hydrocèle filarienne. — Accidents testiculaires aigus du type décrit sous le nom d'orchite paludéenne, et qui se rattachent réellement à la filariose (Audain).

(*Compte rendu du Congrès international de Moscou*, sect. IX, Chirurgie, p. 230, et *Rev. de chir.*, 1898, p. 1.)

Ce cas a été le plus complexe que j'aie observé. Il n'y a pas lieu de le rappeler en détail. Il est intéressant de faire savoir que l'opéré, quoique vivant toujours à la Guadeloupe depuis 1897, se porte tout à fait bien. Pas de récidive d'aucune sorte chez lui.

464. — Conception générale des accidents de la filariose au point de vue de l'anatomie pathologique.

(*Thèse* de René Le Dentu, sur *la Filariose*, Bordeaux, 1907, p. 19.)

Cette conception, c'est que les lésions se rattachant manifestement au parasitisme (varices lymphatiques des membres, varicocèle lymphatique, adénolymphocèle et lymphangiome des téguments ou du canal inguinal) sont exactement identiques à celles qui surviennent dans les climats tempérés, en dehors de toute action de la filaire du sang, le plus souvent à titre congénital. Il en est de même pour les éléphantiasis de nos régions et ceux qui apparaissent dans les pays à filaires. Cette idée est développée dans les deux chapitres suivants de la thèse sus-mentionnée : 1° de l'unité pathologique des lésions de la filariose ; 2° de la non-spécificité pathologique des lésions de la filariose. L'histologie et la clinique lui fournissent un appui assez solide pour qu'elle s'établisse définitivement dans la science.

465. — Deux nouveaux cas inédits de lymphangiomes pédiculés et d'adénolymphocèles.

(*Thèse* citée plus haut, obs. 5 et 6, p. 109 et 133.)

Ces faits sont pleinement confirmatifs de ceux mentionnés et analysés antérieurement (p. 40).

466. — Accidents de dysurie chez un malade atteint de chylurie filarienne. — Obstruction de l'urètre par des caillots fibrineux accumulés dans la vessie.

De grands lavages vésicaux avec de l'eau bouillie, répétés deux fois par jour, firent disparaître assez rapidement les difficultés de la miction.

RAPPORTS SUR LES TRAVAUX SUIVANTS

1. — **Une gangréne de l'extrémité inférieure de la jambe (par M. Dard)** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 45).
2. — **Un cas de séquestres multiples de l'extrémité inférieure du fémur (par M. Dard)** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 69).
3. — **Varlété d'ulcére du mellet prebablement d'origlne trophique (par M. Terrillen)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, p. 485).
4. — **Deux oas de tétanos traumatique traités par le ehleral (par M. Chauvel)** (*Bull, de la Soc. de chir.*, 1874, p. 253).
5. — **Anévrysme de l'artére fémorale traité par la ligature de l'iliaque externe (par M. Gallerand)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 157).
6. — **Traitement des kystes à centenu mnqueux par les injeetiens de chlorure de zlue (par M. Théophile Anger,)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 831.)
7. — **Anévrysme diffus de l'artére iliaque externe traité par la ligature et suivi de guérisen (par M. Foohier)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1876 p. 323).
8. — **Sur trois observatiens de frettement sons-scapnlaire (par M. Terrillen)** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1876, p. 725).
9. — **Kyste hématique de l'épipleon gastro-hépatique (par M. Piéchaud)** (*Bull. de la Soc. clin.*, 1877, p. 136).
10. — **Centribution à l'étnde des rapports de l'arthritisme avec les plaies (par M. Bachon)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 230).
11. — **Un eas d'épithélioma par transformation de tumeur bénigne et un eas de greffes étendues (par M. J. Reverdin)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 234).
12. — **Trois ebservations de hernies inguinales irréductibles, réduites grâce à l'emplei d'injections sous-cutanées de chlerhydrate de morphine (par M. Philippe)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 236).
13. — **Une observation de trépanation ; censidératiens snr le rôle dn pied des circonvolutions frontales au point de vue des phéneménes moteurs (par M. Chalot)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 486).
14. — **Un oas d'extractien d'une balle de revelver logée dans le recher (par M. Terrillon)** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 708).
15. — **Les fractures des os lengs par balle de revolver (par M. Vieusse)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 866).
16. — **Un eas d'eetepie périnéale dn testicule (par M. Bandry)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 537).

17\. — **Plusieurs observations de syphilis héréditaire sur des enfants de la même famille (par M. Ortega** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 579).

18\. — **Divers travaux de M. Bruch** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 638).

19\. — **Une série d'observations de M. Bruch** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 881)

20\. — **Un cas de corps étrangers multiples de l'orbite (par M. Baudry)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 880).

21\. — **Deux modèles de sondes (par M. Bruch)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 735).

22\. — **Un cas d'imperforation de l'hymen (par M. Osiecki)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 735).

23\. — **Quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation (par M. Heuzel)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 456).

24\. — **Plusieurs observations d'endométrite (par M. Para)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, t. XXV, p. 126).

25\. — **Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation (par M. Messé)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXI, p. 97).

26\. — **L'hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines (par M. Pichevin)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXI, p. 532).

27\. — **Deux cas d'anévrysmes existant sur un même sujet (iliaque externe et fémorale commune traités par l'extirpation (par M. Quénu)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 509).

28\. — **L'asymétrie du corps humain (par M. Clozier)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, t. XXXII, p. 297).

29\. — **Un cas de gastropexie (par M. Duret)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV, p. 307).

30\. — **Extirpation d'un calcul du rein (par M. Duret)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIII, p. 310).

31\. — **Un cas d'hypertrophie diffuse des os de la face (par M. Bauden)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLI, p. 428).

32\. — **Un cas de leukokératose du gland et d'épithélioma du prépuce (par MM. Auché et Binaud)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899, t. XLII, p. 299).

33\. — **Anévrysme de la sous-clavière droite et du tronc innominé traité par la méthode de Brasdor (par M. Gérard-Marchant)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1900, t. XLIV, p. 132).

34\. — **Plusieurs opérations rénales (par M. Mouchet)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1901, t. XLV, p. 218).

35\. — **Contribution à la chirurgie du cœur (par M. Fontan)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, t. XLVII, p. 381).

36\. — **L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (par M. Girard)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1902, t. XXVIII, p. 915).

37\. — **Le séparateur des urines de M. Luys** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1903, t. XLIX, p. 408).

38\. — **Un abcès gazeux du foie compliqué d'hépatoptose (par M. Couteaud)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1908, t. LIX, p. 681).

39\. — **Action curative du radium sur les angiomes tubéreux (par MM. Wickham et Degrais)** (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, t. XXXV, p. 286).

40\. — **Du pronostic éloigné des luxations de l'épaule (par MM. Imbert et Dugas)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1910, t. LXIV, p. 84).

41. — **De la migration des calculs du bassinet et de l'uretère par effraction des parois (par M. Tuffier)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1910, t. LXIV, p. 87).
42. — **La pyélotomie pour l'ablation des calculs du rein (par M. Bazy)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1911, t. LXV, p. 34).
43. — **Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse ; la stupeur primitive des opérés (par M. Picqué)** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1911, t. LXVI, p. 245).

QUELQUES THÈSES DE MES ÉLÈVES

1. — *Néphrite double « a frigore » suivie de suppuration*, par M. Amstein, Paris, 1869.
2. — *La hernie traumatique de l'épiploon*, par M. Zablocki, 1869.
3. — *De l'arthrite sacro-iliaque blennorragique*, par M. Brugel, 1877.
4. — *Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate*, par M. Lartigau, 1877, n° 433.
5. — *Le traitement du phlegmon diffus chez les diabétiques*, par M. Peyrot (Isidore), 1878.
6. — *Du chondrome malin des os*, par M. Walsdorff, 1878.
7. — *La luxation de l'épaule en bas et en arrière*, par M. F. Bottey, 1885, n° 13.
8. — *La glossite profonde aiguë*, par M. Coulier, 1885, n° 113.
9. — *Ablation des végétations de la vulve par le raclage*, par M. Castilhon, 1886.
10. — *Urétérite et péri-urétérite*, par M. Tourneur, 1886.
11. — *De la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme*, par M. Lefèvre (Armand), 1888, n° 42.
12. — *Le traitement du prolapsus du rectum*, par M. Lyot, n° 144.
13. — *La cholécystite suppurée*, par M. Cadéac, 1890-1891, n° 166.
14. — *La greffe osseuse chez l'homme et l'implantation d'os décalcifié*, par M. Buscarliet, 1891-1892, n° 4.
15. — *Du méat urétéral (greffe de l'uretère à la paroi latérale ou postérieure de l'abdomen)*, par M. Trekaki, 1891-1892, n° 157.
16. — *Du traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte*, par M. Acosta Ortiz, 1892-1893, n° 15.
17. — *Le traitement du pédicule intrapéritonéal dans l'ablation des fibromes utérins par hystérectomie abdominale*, par M. Guilleminot, 1892-1893, n° 150.
18. — *Quelques réflexions sur la cure des hernies ombilicales*, par M. Brodier (Henri), 1892-1893, n° 225.
19. — *Du traitement de la métrite du col*, par M. Grilhaut des Fontaines, 1892-1893, n° 403.
20. — *Tuberculose et abcès froids de la langue*, par M. Whitmann, 1893-1894, n° 48.
21. — *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée*, par M. Morestin, 1893-1894, n° 112.
22. — *Du traitement des pseudarthroses par les injections irritantes*, par M. Gagey, 1893-1894, n° 113.
23. — *Du traitement des fractures de jambe sans immobilisation*, par M. Lapeyre, 1893-1894, n° 185.
24. — *Du traitement des rétrodéviations utérines par la fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure*, par M. Arrizabalaga, 1893-1894, n° 237.

25. — *Étude sur la hernie musculaire*, par M. Morange, 1893-1894, n° 248.
26. — *Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne dans ses rapports avec la grossesse intra-utérine*, par M. Cestan, 1893-1894, n° 471.
27. — *Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire*, par M. Le Sourd (Émile), 1893, 1894, n° 491.
28. — *Contribution à l'étude de la résection du coude dans l'ankylose traumatique*, par M. Gay, 1894-1895, n° 152.
29. — *De la colite muco-membraneuse chez les utérines*, par M. Letcheff, 1894-1895, n° 163.
30. — *Le pied bot de la paralysie infantile et son traitement*, par M. Brunswic, 1895-1896, n° 31.
31. — *Les tumeurs cérébrales ; clinique et chirurgie*, par M. Auvray (Maurice), 1895-1896, n° 161.
32. — *Étude clinique sur le rein mobile*, par M. Walch, 1895-1896, n° 198.
33. — *Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans le ligament large*, par M. Laroche, 1895-1896, n° 561.
34. — *Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement*, par M. Lévy (Moise), 1896-1887, n° 171.
35. — *De la tuberculose des muscles*, par M. Émery, 1896-1897, n 544.
36. — *Contribution à l'étude du « Kraurosis vulvæ »*, par M. Arnoux, 1898-1899, n° 621.
37. — *Considérations sur les traumatismes des sinus de la dure-mère*, par M. G. Muys, 1900-1901, n 43.
38. — *Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique*, par M. Silvy, 1900-1901, n° 113.
39. — *Étude sur les sarcomes du maxillaire supérieur*, par M. Lavergne, 1900-1901, n° 209.
40. — *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles*, par M. Labey (Georges), 1901-1902, n° 217.
41. — *Étude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer utérin*, par Mme Oltramare, 1902-1903, n° 30.
42. — *Contribution à l'étude des résections du maxillaire supérieur*, par M. Robert (Joseph), 1902-1903, n° 36.
43. — *Des tératomes du testicule*, par M. Pabœuf, 1902-1903, n° 166.
44. — *Étude sur les corps étrangers organisés du péritoine libres dans les sacs herniaires*, par M. Pierreson, 1903-1904, n° 174.
45. — *Étude sur la lithiase vésiculaire*, par M. Guéniot (Paul), 1902-1903, n° 395.
46. — *Traitement des fistules stercorales consécutives aux hernies crurales étranglées*, par M. Saintive, 1903-1904, n° 97.
47. — *Des indications et du mode de traitement opératoire pour les kystes hydatiques du rein*, par M. Nicaise, 1903-1904, n° 473.
48. — *Les polymyosites primitives*, par M. Foucart, 1906-1907, n° 146.
49. — *Action du rein mobile sur le rein du côté opposé*, par M. Maugeais, 1907-1908, n° 280.
50. — *La filariose ; ses rapports avec l'adénolymphocèle, le varicocèle lymphatique et le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal*, par M. Le Dentu (René), Bordeaux, 1907.

TABLE DES MATIÈRES

TITRES 3

Enseignement 4

TRAVAUX SCIENTIFIQUES 5

Introduction 5

I. — TRAVAUX ORIGINAUX 10

A. — **Monographies. — Œuvres d'ensemble** 10
B. — **Travaux présentant des idées personnelles et des faits nouveaux.** 36

I. — Anatomie 36
II. — Pathologie et séméiotique 37
III. — Thérapeutique chirurgicale et médecine opératoire 43
IV. — Instruments 56

C. — **Travaux présentant des aperçus nouveaux et des faits rares** ... 60

I. — Physiologie 60
II. — Anesthésie. — Antisepsie 61
III. — Pathologie générale chirurgicale 64
IV. — Appareils et viscères 68
V. — Médecine opératoire et instruments 75

II. — NOMENCLATURE GÉNÉRALE 87

A. — **Anatomie et physiologie** 87
B. — **Chirurgie générale. — Séméiotique. — Anesthésie. — Antisepsie.** 88
C. — **Le traumatisme et ses complications** 91
D. — **Néoplasmes en général bénins et malins. — Tuberculose** 94
E. — **Tuberculose en général et en particulier** 100
F. — **Chirurgie des systèmes et des appareils** 102

I. — Maladies des os 102
II. — Maladies des articulations 107
III. — Appareil cutané. — Muscles et tendons 112
IV. — Appareil circulatoire sanguin et lymphatique 115
V. — Maladies chirurgicales du système nerveux 123

G. — **Chirurgie régionale** 125

I. — Crâne et face. — Affections congénitales 125
II. — Crâne et face. — Affections non congénitales 127
III. — Cou, corps thyroïde, larynx, œsophage 135
IV. — Colonne vertébrale. — Thorax. — Mamelle 137
V. — Abdomen. — Viscères abdominaux 140
VI. — Appareil urinaire. — Reins 151
VII. — Uretère 156
VIII. — Vessie 157
IX. — Prostate et urèthre 158

H. — **Appareil génital des deux sexes** 159

Testicules et annexes. — Scrotum 159
Vulve, vagin, utérus et annexes 161

I. — **Membres** 170
J. — **Maladies chirurgicales des pays chauds** 173

Rapports 178
Quelques thèses de mes élèves 180

136-12 — Corbeil. Imprimerie Crété